
BIBLIOTHÈQUE
ACULTÉ DE MÉDECINE
SR

N° 1. — 1er JANVIER 1944 — 117e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

Comme au début des années précédentes notre pensée se tourne d'abord vers les confrères des camps de prisonniers, vers ceux qui n'ont pas encore été relevés, vers les jeunes confrères qui sont partis à leur tour. A tous nous adressons nos vœux les plus fervents.

A nos lecteurs dont la fidélité nous a été un précieux réconfort dans ces temps si difficiles, nous adressons l'expression très cordiale de nos vœux et de notre gratitude pour l'amicale confiance qu'ils ne cessent de nous témoigner.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Année 1944. — Mutations. — MÉDECINS. — A l'Hôpital Bretonneau : M. le Dr Turpin, de l'Hôpital Hérold.

A l'Hôpital Hérold : M. le Dr Julien Marie, de l'Hôpital Ambroise-Paré.

A l'Hôpital Ambroise-Paré-Boileau : M. le Dr Clément Launay, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

A l'Hospice de la Salpêtrière : M. le Dr Alajouanine, de l'Hospice de Bicêtre.

A l'Hospice de Bicêtre : M. le Dr Lemaire, de l'Hospice de la Salpêtrière.

A l'Hospice de la Salpêtrière : M. le Dr Salles, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de Service.

A l'Hôpital Bichat : M. le Dr Ravina, de l'Hôpital Tenon.

A l'Hôpital Tenon : M. le Dr Rachet.

A l'Hôpital Necker : M. le Dr Debray, de l'Hôtel-Dieu.

A l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Garcin, de l'Hôpital Saint-Antoine.

A l'Hôpital Ambroise-Paré-Boileau : M. le Dr Célice, de l'Hôpital Claude-Bernard.

A l'Hôpital Claude-Bernard : M. le Dr Laporte.

A l'Hospice de Bicêtre : M. le Dr Kourilsky.

A l'Hôpital Foch, à Suresnes : M. le Dr Lafitte, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES. — A l'Hôpital Laënnec : M. le Dr Ramadier, de l'Hôpital Cochin.

A l'Hôpital Cochin : M. le Dr Leroux, de l'Hôpital Bichat.

A l'Hôpital Bichat : M. le Dr Aubry.

OPHTALMOLOGISTES. — A l'Hôpital Laënnec : M. le Dr Parfonry, de l'Hôpital Saint-Louis.

A l'Hôpital Saint-Louis : M. le Dr Renard.

ELECTRO-RADIOLOGISTES. — A l'Hôpital Laënnec : M. le Dr Aimé, de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul.

A l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul : M. le Dr Desprez, de l'Hospice des Ménages.

A l'Hospice des Ménages : M. le Dr Brunet.

A l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Joly, de l'Hôpital Boucicaut.

A l'Hôpital Boucicaut : M. le Dr Marchand, de la Maison Municipale de Santé.

A la Maison Municipale de Santé : M. le Dr Panteuil.

A l'Hôpital Bichat : M. le Dr Beau, de l'Hôpital Broca.

A l'Hôpital Broca : M. le Dr Stuchl.

A l'Hôpital Bretonneau : M. le Dr Ordioni, de l'Hôpital Hérold.

A l'Hôpital Hérold : M. le Dr Dubost.

A l'Hôpital Foch, à Suresnes : M. le Dr Humbert.

Candidats proposés pour les places d'assistants en Médecine. — MM. les Drs Welti, Brumpt, Mme Lamotte, Wolfromm, Vialatte, Duret, Lafon, Lajouanine, Lœper, Tetreau, Mlle Feder, Viguié, Vignalou, Paillas, Chevallier, Aussannaire, Deuil, Mlle Rist.

Concours de l'Externat de juin 1943. — Liste des candidats reçus :

MM. Basset, 62 1/2 ; Montouchet, 62 1/2 ; Boujon, 61 ; Comby, 60 1/2 ; Hindermeyer, 60 1/2 ; Meyer, 60 1/2 ; Lande, 60 ; Vanbremeersch, 59 1/2 ; Chappuis, 59 1/2 ; Bouchard, 59 1/2 ; Jagailloux, 59 1/2 ; Cuisiniez, 59 ; Billaudet, 59 ; Billot, 59 ; Sarrat, 59 ; Laroche, 58 ; Helie, 58 ; Martin, 58 ; Boisselier, 58 ; Hamard, 57 1/2 ; Bénard, 57 1/2 ; Baue, 57 1/2 ; Mevel, 57 1/2 ; Helaine, 57 ; Leprat, 57 ; Franquet, 57 ; Fourcade, 57.

MM. Perdriel, 56 1/2 ; Fossard, 56 1/2 ; Boucher, 56 ; Marie, 56 ; Rozet, 56 ; Chambelland, 56 ; Gandon, 56 ; Martin dit Dupnay, 56 ; Picard, 56 ; Chigot, 56 ; Loustau-Chartez, 55 1/2 ; Aloin, 55 1/2 ; Hue, 55 1/2 ; Thomas, 55 1/2 ; Cartier, 55 1/2 ; Psaume, 55 1/2 ; Langeard, 55 1/2 ; Verneaux, 55 1/2 ; Hautefeuille, 55 1/2 ; Wargnier, 55 1/2 ; Prévost, 55 1/2 ; Moreau, 55 1/2 ; Bataillard, 55 ; Heymans, 55 ; Gattoen, 55 ; Dorotte, 55 ; Maisse, 55 ; Zerolo, 55 ; Guyot, 54 1/2 ; Legros, 54 1/2 ; Elie, 54 1/2 ; Thibault, 54 1/2 ; Jabert, 54 1/2 ; Paychère 54 1/2 ; André, 54 1/2 ; Mazel, 54 1/2.

MM. Carpentier, 54 ; Hamery, 54 ; Hardy, 54 ; Bertran, 54 ; Meillaud, 54 ; Maguer, 54 ; Bourrillon, 54 ; Carayon, 54 ; Bailly, 54 ; Blancheton, 54 ; Jardin, 54 ; Soule, 54 ; Poggioli, 54 ; Derenne, 54 ; Chevalier, 53 1/2 ; Jeulin, 53 1/2 ; Cadiot, 53 1/2 ; Dupré, 53 1/2 ; Gayet, 53 1/2 ; Ramon, 53 1/2 ; Gesp, 53 1/2 ; Triboulet, 53 1/2 ; Peuvion, 53 ; Millard, 53 ; Maurou, 53 ; Lemaire, 53 ; Casalis, 53 ; Garnier, 53 ; Vincent, 53 ; Rouot, 53 ; Gaspard, 53 ; Baudouin, 53 ; Lataste, 53 ; Petit, 52 1/2 ; Fraquet, 52 1/2 ; Theron, 52 1/2 ; Pedrono, 52 1/2 ; Barry, 52 1/2 ; Larangot, 52 1/2 ; Rejou, 52 1/2

Concours de l'Externat du 10 décembre 1943. — Questions sorties. — ANATOMIE : 1° Trou ovale, constitution et contenu ;

2° Muscle long péronier latéral, insertions d'origine et de terminaison ;

3° Enumérer les branches collatérales de l'artère cubitale à l'avant-bras ;

4° Enumérer, sans les décrire, les quatre branches terminales du nerf crural en indiquant pour chacune d'elles sa nature : motrice, sensitive ou mixte ;

5° Rapports de la face latérale droite de la trachée thoracique.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — 1° Renseignements fournis par l'hémoculture, le séro-diagnostic et la numération globulaire au cours de la fièvre typhoïde non compliquée (sans les techniques) ;

2° Description, signification et valeur sémiologique du souffle tubaire perçu à l'auscultation des poumons ;

3° Le signe de Romberg, manière de le rechercher et valeur sémiologique ;

4° Signes devant faire redouter l'apparition d'une phlegmatia alba dolens chez une accouchée ;

5° Le trismus ; description et valeur sémiologique ;

6° A quels signes reconnaît-on qu'un ictère chronique par rétention est dû à un calcul du cholédoque.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — 1° A quels caractères reconnaît-on l'origine rénale d'une hématurie ?

2° A quels caractères cliniques reconnaît-on l'existence d'une hydarthrose du genou ?

3° Conduite à tenir en présence d'une syncope au cours d'une anesthésie générale par inhalation ;

4° Citer sans les décrire les complications des fractures fermées de la diaphyse humérale.

Concours de l'Internat (octobre 1943). — CANDIDATS ADMISSIBLES A L'INTERNAT. — MM. Contamin, 45 1/2 ; Tourneboeuf, 43 ; Chevillotte, 42 1/2 ; Houdard, 42 ; Tourneur, 41 ; Fourdinier, 41 ; Mazars, 40 ; Boissière, 39 1/2 ; Sarrazin, 38 ; Léger, 38 ; Hans, 38 ; Guéraud, 38 ; Frileux, 38 ; Houssay, 37 ; Mlle Bourgeois, 37 ; Lamy, 36 1/2 ; Ferry, 36 ; Satgé, 35 ; Michon, 35 ; Bonnette, 35 ; Christol, 35 ; Perthuiset, 34 ; Mlle Garnier, 34 ; Fauré, 34 ; Dubray-Vautrin, 34 ; Darnis, 34 ; Gross, 33 1/2 ; Suquet, 33 ; Le Bourg, 33 ;

Nicol, 33 ; Monod-Broca, 33 ; Delbarre, 33 ; Combet, 33 ; Carraud, 33 ; Rousseau, 33 ; Bailly, 33 ; Forgeois, 32 1/2 ; Cresson, 32 1/2 ; Zadikian, 32 ; Viollet, 32 ; Sibertin-Blanc, 32 ; de Ponton d'Amécourt, 32 ; Prévost, 32 ; Robert, 32 ; Millot, 32 ; Merlier, 32 ; Larget, 32 ; Lamy-Robert, 32 ; Gougeon, 32 ; Delagarde, 32 ; Burgot, 32 ; Bouffard, 32 ; Pénézech, 32.

MM. Meker, 31 1/2 ; Bernier, 31 1/2 ; Pichot, 31 ; Gaulard, 31 ; Fournier, 31 ; Faurel, 31 ; Canivet, 31 ; Mlle Aitoff, 31 ; Robin, 30 1/2 ; Lafourcade, 30 1/2 ; Waber, 30 1/2 ; Sors, 30 ; Sainrapt, 30 ; Joly, 30 ; Hartmann, 30 ; Dessertenne, 30 ; Couinaud, 30 ; Cerbonnet, 30 ; Baumgart, 30 ; Arnaud, 30 ; Tchekhoff, 29 1/2 ; Poirier, 29 1/2 ; Poulet, 29 1/2 ; Mme Pillet, née Savaton, 29 1/2 ; Wissa-Wassef, 29 ; Tola, 29 ; Périer, 29 ; Nebout, 29 ; Mouret, 29 ; Flurin, 29 ; Duhamel, 29 ; Decroix, 29 ; Chevrolle, 29 ; Bruezière, 29 ; Aurousseau, 29 ; Mariette, 29 ; Delater, 28 1/2 ; Chardin, 28 1/2 ; Tiret, 28 1/2 ; Berthaux, 28 1/2 ; Solignac, 28 1/2 ; Pinel, 28 ; Pichon, 28 ; Michaud, 28 ; Lemaire, 28 ; Laumonnier, 28 ; Hourtoulle, 28 ; Hatt, 28 ; Dubrisay, 28 ; Ferbos, 38 ; Foucquier, 28 ; Guillemart, 28 ; Hartmann, 28 ; Desvignes, 28 ; Dessus, 28 ; Cœuillez, 28 ; Chevret, 28 ; Alison, 28.

MM. Pierrat, 27 1/2 ; Mlle Benoît, 27 1/2 ; Adam, 27 1/2 ; Raynaud, 27 1/2 ; Gabail, 27 1/2 ; Roume, 27 1/2 ; Trélat, 27 ; Rathery, 27 ; Pellot, 27 ; Meunier, 27 ; Lhermitte, 27 ; K'Brat, 27 ; Lacronique, 27 ; Génot, 27 ; Dumas, 27 ; Mlle Delmas, 27 ; Bonfils, 27 ; Bertrand, 27 ; Lebas, 26 1/2 ; Mouzon, 26 1/2 ; Chapuis, 26 1/2 ; Reymond, 26 ; Tobé, 26 ; Puyo, 26 ; Perraudin, 26 ; Paris, 26 ; Œconomos, 26 ; Mlle Larmoyer, 26 ; Laham, 26 ; Jacquemin, 26 ; Mlle Desoutter, 26 ; Crépy, 26 ; Amoudruz, 26 ; Betourne, 26 ; Breger, 26 ; Baillet, 26 ; Pilven, 25 1/2 ; Flouquet, 25 1/2 ; Woimant, 25 1/2 ; Muler, 25 1/2 ; Pillois, 25 ; Von Essen, 25 ; Trouillard, 25 ; Vaujour, 25 ; Roussillon, 25 ; Rainaut, 25 ; Richard, 25 ; Roujeau, 25 ; de Person, 25 ; Lemoine, 25 ; Legrand, 25 ; Leclercq, 25 ; Lapresle, 25 ; Lallemand, 25 ; Halmagrand, 25 ; Genevray, 25 ; Feliciano, 25 ; Coffin, 25 ; Chambraud, 25 ; Bleibtreu, 25 ; Belin, 25 ; Barbet, 25 ; Baudoux, 25 ; Guinard, 24 1/2 ; Pépin, 24 1/2 ; Poujol, 24 1/2 ; Fritel, 24 1/2 ; Crosnier, 24 1/2 ; Duval, 24 1/2 ; Roy, 24 ; Roisin, 24 ; Polonovski, 24 ; Picard, 24 ; Parrot, 24 ; Neel, 24 ; Mlle Morival, 24 ; Mercier, 24 ; Meary, 24 ; Martin, 24 ; Maigne, 24 ; Lenormand, 24 ; Lallemant, 24 ; Grellet, 24 ; Gaignoux, 24 ; Flament, 24 ; Denimer, 24 ; Mlle David, 24 ; Brocken, 24 ; Bourguignon, 24 ; Renault, 24 ; Bourdy, 24 ; Strauss, 24 ; Galey, 24 ; Boeffard, 24 ; Blanc, 24 ; Bellot, 24.

MM. Hacker, 23 1/2 ; Marchand, 23 1/2 ; Vandooren, 23 ; Postel, 23 ; Oury, 23 ; Spriet, 23 ; Mme d'Hespel, née de la Bourdonnaye, 23 ; Lestradet, 23 ; Habas, 23 ; Densi, 23 ; Dumoncel, 23 ; Crucioni, 23 ; Cousin, 23 ; Chavarot, 23 ; Chauderlot, 23 ; Buge, 23 ; Bour, 23 ; Bourel, 23 ; Pouchol, 23 ; Aladenise, 23 ; Téqui, 23 ; Lemerre 22 1/2 ; Chavelet, 22 1/2 ; Foix, 22 1/2 ; Treps, 22 ; Villiaumey, 22 ; Raulin, 22 ; Monnerot, 22 ; Melun, 22 ; Meininger, 22 ; Mauduit, 22 ; Lepercq, 22 ; Le Jeune, 22 ; Hummel, 22 ; Mlle Fossier, 22 ; Dubois, 22 ; Cazes, 22 ; Caron, 22 ; Bruneau, 22 ; Mlle Bricard, 22 ; Blonde, 22 ; Bertier, 22 ; Guy, 21 1/2 ; Legendre, 21 1/2 ; Sauvegrain, 21 ; Routier, 21 ; Renard, 21 ; Pillot, 21 ; Ossipovski, 21 ; Nicolaidis, 21 ; Molho, 21 ; Missonnier, 21 ; Meunier, 21 ; Matet, 21 ; Marchal, 21 ; Maret, 21 ; Leddet, 21 ; Georges, 21 ; Galland, 21 ; Doutriaux, 21 ; Dejours, 21 ; Daffos, 21 ; Courtois-Suffit, 21 ; Mlle Chevallier, 21 ; Cambessèdes, 21 ; Bloch-Lainé, 21 ; Bosquet, 21 ; Barral, 21 ; Barbizet, 21 ; Pequignot, 20 1/2 ; Pépin, 20 1/2 ; Voisin, 20 ; Mlle Vaultrin, 20 ; Tuffier, 20 ; Robert, 20 ; Roche, 20 ; Redor, 20 ; Pillot, 20 ; Nalpas, 20 ; Lavat, 20 ; Lannes, 20 ; Harrel, 20 ; Gurly, 20 ; Giraud, 20 ; Mlle Fouchier, 20 ; Fiessinger, 20 ; Emile-Zola, 20 ; Dubois, 20 ; Dubois de Montreynaud, 20 ; Conche, 20 ; Caye, 20 ; Caime, 20 ; Bruel, 20 ; Benoit, 20 ; Beauvy, 20 ; Bachy, 20.

Concours d'électro-radiologiste. — MM. les Candidats au concours d'assistant d'électro-radiologie (nouvelle formule) sont informés qu'aux termes du règlement de ce concours, le diplôme de radiologiste de l'Université de Paris sera exigé en 1945 de tous les candidats à l'Assistanat (nouvelle formule) sauf de ceux qui auront déjà concouru en 1943 et en 1944.

Premier concours d'électro-radiologiste (1 place). — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. Lefebvre.

Hôpitaux de province

Montbéliard. — A la suite d'un concours sur titres et sur épreuves organisé à Paris par l'Assistance publique le 30 novembre dernier, M. le Dr Zingg a été nommé oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Montbéliard.

Faculté de Médecine de Paris

M. Derobert, assistant, est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé de médecine légale en remplacement de M. Desoille momentanément empêché.

Vacances de Noël et du Jour de l'An. — La Faculté a été fermée du 26 décembre au 1er janvier inclus. Les cours et travaux pratiques et stage reprendront le 3 janvier.

Facultés de Province

Bordeaux. — Sont déclarées vacantes : la chaire de médecine légale (dernier titulaire : M. Lande, retraité).

La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédique (dernier titulaire : M. Rocher, retraité).

La chaire de clinique des maladies des voies urinaires (dernier titulaire : M. Duvergey, retraité). (*J. O.*, 12 décembre 1943.)

Lille. — M. Delannoy, professeur de clinique chirurgicale à la Charité, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale de Saint-Sauveur en remplacement de M. Lambret, décédé.

M. Pierre Swynghedauw, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique chirurgicale de la Charité.

M. Pierre Ingelrans, agrégé, est chargé provisoirement du Service de la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

Lyon. — La chaire d'hydrologie et de climatologie (dernier titulaire, M. Gate) est déclarée vacante.

Marseille. — M. le Dr Grisoli est provisoirement chargé d'enseignement d'anatomie.

Montpellier. — La chaire de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire : M. Lapeyre, transféré) est déclarée vacante.

Nancy. — La chaire de clinique obstétricale (dernier titulaire M. Fruhinsholz) est déclarée vacante.

— La chaire de clinique médicale (dernier titulaire, M. Robert) est déclarée vacante.

Prix 1942-1943. — Première année. — Prix à M. Pierre Becourt. — Mention très honorable à Mlle Claude Moisson.

2e année. — Prix à M. Jean Lepoire. — Mention très honorable à MM. Jean Racadot et Jacques Vigneul.

3e année. — Prix à M. Gérard de Ren. — Mention très honorable à M. Jean Beurey.

4e année. — Prix à M. André Bussienne.

5e année. — Prix à M. Bernard Algan. — Mention très honorable à M. Bernard de Buttet.

Prix de Fondation. — Prix Benit, dit de l'Internat : M. Jacques Midon.

Prix Alexis-Vautrin : M. Pierre Pietra.

Prix Heydenreich - Parisot (Chirurgie) : M. Henri Guillemin.

Prix Grandeury-Fricot : M. Jean Royer.

Prix P.-Schmitt, décerné à l'interne reçu premier au concours de l'internat : M. Christian Henry.

Ecoles de Médecine

Clermont-Ferrand. — M. Grimault est institué professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique chirurgicale.

Dijon. — M. de Girardier, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie externe à ladite école, en remplacement de M. Barbier, décédé.

M. Olivier, professeur suppléant, est nommé professeur de clinique médicale.

Reims. — M. Jacquinet, professeur, est chargé d'enseignement de l'anatomie pathologique.

Rouen. — M. le Professeur Calliau est admis à la retraite.

M. Delarue, agrégé à Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie pathologique.

Tours. — M. Fromenty est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine légale et sociale, en remplacement de M. Chevé, retraité.

M. A. Richard est institué professeur suppléant de clinique chirurgicale, obstétricale et pathologie externe.

Cinquantenaire de la Presse Médicale

Notre confrère « La Presse Médicale » vient de commémorer le cinquantième anniversaire de sa fondation.

Les circonstances ne se prêtant pas à la publication d'un numéro spécial, le cinquantième anniversaire a été rappelé avec une éloquente simplicité dans le dernier numéro de la « Presse » par M. le Professeur Roger. Très cordialement nous adressons à la rédaction de la « Presse » et à ses éditeurs, MM. Masson, l'expression de nos félicitations les plus amicales.

Société médicale des hôpitaux. — Le bureau pour 1944 est ainsi composé : président, M. Lemierre ; vice-président, M. Clovis Vincent ; secrétaire général, M. Huber ; trésorier, M. Mauric; secrétaires annuels, MM. Fouquet et Brouet.

ORDRE DES MEDECINS

Conseil National. — Le Dr Deguy a été coopté comme membre du Conseil National en remplacement de M. Cibrie, démissionnaire.

Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins. — Rectificatif au « Journal officiel » du 9 novembre 1943 : page 2880, 1re colonne, région de Rennes, au lieu de : « M. le docteur Schmitt, stomatologiste, 2, rue Nationale, à Hennebont », lire : « M. le docteur Schmitt, 15, rue Joseph-Le-Brix, à Vannes ».

Conseil du Collège départemental de la Seine Une importante réunion d'information a eu lieu le 19 décembre dernier, sous la présidence du professeur Balthazard.

Parmi les nombreuses et intéressantes questions envisagées, notons un important rapport du Dr Lafay, secrétaire général :

Le Conseil a évité la diminution des S. P. autos.

La carte T a, enfin, été accordée aux médecins.

La souscription en faveur des médecins sinistrés de la Seine a dépassé 600.000 francs, permettant d'accorder 40.000 francs aux confrères sinistrés totalement, et de 5.000 à 20.000 francs aux sinistrés partiels.

En raison de l'augmentation croissante du nombre des certificats de régime, la Préfecture de la Seine et le Conseil départemental se sont mis d'accord sur la réalisation de deux carnets à souche de cinquante certificats. Ceux-ci sont imprimés de façon à alléger, autant que possible, la tâche du praticien, et portent le timbre d'entr'aide de dix francs.

La date d'entrée en vigueur de ces carnets de certificats sera annoncée en temps voulu.

Le Dr Tissier-Guy a exposé ensuite ce qui a été fait pour la question fiscale ; il rappelle que, sauf désir contraire exprimé par le contribuable, celui-ci est soumis au régime forfaitaire ; en cas de contestation entre l'administration et le contribuable, il sera fait appel à l'appréciation d'un représentant du corps médical.

Des délégués seront désignés par le Conseil pour la détermination du forfait ; de même, des

(Voir suite page 14.)


HYPERTENSION

REVUE GENERALE

LES AMNÉSIES
ÉTUDE CLINIQUE GÉNÉRALE

Par R. Benon
Ex-Médecin du Quartier des Maladies Mentales de l'Hospice Général de Nantes

La question des amnésies paraît simple au premier abord. Elle ne l'est guère : d'ailleurs, scientifiquement, il y a peu de choses qui sont réellement simples. Amnésie de fixation, amnésie d'évocation, amnésie de reconnaissance, amnésie de localisation dans l'espace et dans le temps, nous en sommes un peu toujours là, depuis le fameux opuscule d'Aristote sur la mémoire (1). Après quelques généralités sur les amnésies, nous dirons comment elles se présentent en pathologie mentale et nerveuse, en particulier dans la psychose de Korsakoff, dans la démence sénile, dans diverses autres démences, après les traumatismes du crâne, après certains chocs émotionnels, au cours des états seconds, dans l'asthénie, dans l'aphasie, dans l'agnosie, dans la confusion mentale, dans la débilité psychique.

Généralités. — On essaiera ici, d'un point de vue pratique, certainement trop terre à terre, de préciser les caractères généraux des amnésies, d'après les données psychologiques classiques, d'après la marche de ces amnésies, d'après leurs limites dans le temps, d'après leur qualité, d'après leur intensité, d'après leur évolution, d'après leur durée. Leur nature est inconnue : on dit qu'elles sont, les unes fonctionnelles, donc dynamiques, les autres organiques, donc secondaires à des altérations destructives de la substance cérébrale.

1. *Amnésies d'après les données psychologiques : amnésie de fixation, amnésie d'évocation, amnésie de reconnaissance, amnésie de localisation.* — L'amnésie de fixation ou amnésie de conservation, l'amnésie d'évocation ou amnésie de reproduction, l'amnésie de reconnaissance, l'amnésie de localisation dans l'espace et dans le temps, sont les amnésies classiquement décrites (exemple dans la démence sénile). Un souvenir reconnu, souvent, n'est pas un souvenir complet, parce qu'il n'est pas situé exactement dans l'espace et dans le temps. La localisation d'un souvenir dans l'espace est remarquablement plus rapide que sa localisation dans le temps : celle-ci exige des tâtonnements, des ocillations, c'est-à-dire la recherche d'événements datés que, d'ailleurs, un sujet normal a grande difficulté à exécuter. Lorsque la fixation, la reproduction, la reconnaissance, la localisation des souvenirs ne sont pas faites exactement, sont faites en quelque sorte à côté, il y a paramnésie : paramnésie de conservation des souvenirs, paramnésie de rappel des souvenirs, paramnésie de reconnaissance, paramnésie de localisation (exemple dans les démences, dans l'asthénie, etc.). Notons la relation des faits de paramnésie avec l'illusion du déjà vu, du déjà entendu, etc., mais, avant l'illusion du déjà vu, du déjà entendu, etc., il y a une sensation. On pense que les sensations laissent des traces dans la substance grise du cerveau ou mieux de l'axe cérébro-spinal, d'où l'évocation possible de souvenirs, d'images, aussi variés que nombreux, et souvent très riches.

2. *Amnésies d'après la marche de ces amnésies : amnésie antérograde et amnésie rétrograde.* — Il y a nécessité pour les faits amnésiques, surtout d'ordre médical, de fixer, de repérer le moment ou la date de début des phénomènes d'amnésie (par exemple dans l'amnésie traumatique). D'après le point de repère établi, on distingue une amnésie antérograde et une amnésie rétrograde, ou une amnésie positive et une amnésie négative. L'amnésie antérograde peut être une amnésie de conservation, d'évocation, de reconnaissance, de localisation dans l'espace et dans le temps ; l'amnésie rétrograde ne saurait jamais être, naturellement, une amnésie de conservation : elle est toujours une amnésie d'évocation, de reconnaissance ou de localisation.

3. *Amnésie lacunaire ou localisée. Amnésie diffuse ou disséminée.* — Il existe des amnésies de fixation, d'évocation, etc., qui sont parfaitement localisées dans l'espace et dans le temps (par exemple l'amnésie traumatique). Elles sont, d'ordinaire, peu étendues et de courte durée, mais définitives. Le sujet, revenu à son état psychique antérieur, explique qu'une lacune existe dans son esprit touchant des faits qu'il ignore et que lui signalent des tiers. Un bien plus grand nombre d'amnésies sont, par rapport à la vie du sujet, des amnésies diffuses, disséminées, sans limites précises aucune (exemple, l'amnésie dans les démences).

4. *Amnésie totale ou globale. Amnésie partielle ou élective.* — Les amnésies totales ou globales, les amnésies partielles ou électives, doivent être considérées, à notre avis, comme des amnésies qualitatives. Les représentations, les images mentales, les idées font défaut quant à leur qualité et leur variété, là d'une manière générale ou globale (exemple dans la démence paralytique), ici d'une manière partielle ou élective (exemple dans quelques cas de démence par lésions circonscrites, dans la démence alcoolique, etc.). Perte de la mémoire des événements de l'existence (mémoire concrète), perte des notions scolaires apprises (mémoire didactique), perte des idées (mémoire abstraite), perte de la mémoire des convenances familiales et des conventions sociales, etc., telle serait, plus ou moins intense, l'amnésie globale. Au contraire, l'amnésie est partielle ou élective lorsqu'une sorte de choix s'exerce ou se produit dans la défaillance des souvenirs : par exemple perte de la mémoire concrète sans perte des idées, perte de la mémoire des choses apprises à l'école (orthographe, calcul, géographie, histoire, etc.), sans perte des souvenirs d'événements personnels ou familiaux, etc. La question des amnésies globales et partielles est fort complexe, difficile souvent à préciser, à clarifier.

5. *Amnésie profonde ou amnésie intense.* — La profondeur de l'amnésie, l'intensité de l'amnésie sont question d'ordre quantitatif. Le nombre de représentations, d'images mentale disparues, la quantité d'événements et d'idées qui sont tombés dans l'oubli, en général à un moment donné, définitivement, dépendent constamment de psychopathies organiques à évolution progressive, par exemple de la méningo-encéphalite diffuse paralytique. Cette sorte d'amnésie a sans doute un intérêt scientifique : elle a peu d'intérêt pratique immédiat.

6. *Amnésies systématisées.* — Que doit-on entendre par amnésies systématisées ? On ne sait guère au juste : la plupart des observations ainsi présentées sont anciennes et véritablement squelettiques. A notre sens on peut dire qu'il y a amnésie systématisée lorsque les faits d'amnésie sont groupés autour d'un événement précis (amnésie systématisée concrète), autour de notions apprises (amnésie systématisées didactique), autour d'idées particulières (amnésie systématisée de forme asbtraite), autour de sensations spécialisées comme perte de la mémoire de choses vues (amnésie visuelle), perte de la mémoire de choses touchées (amnésie tactile), perte de la mémoire de choses senties (amnésie olfactive), perte de la mémoire de choses goûtées (amnésie gustative), perte de la mémoire motrice (perte de la mémoire de mouvements particuliers ou amnésie motrice), perte de la mémoire corporelle (amnésie du corps ou anto-amnésie), etc. Toutes ces amnésies ont été encore insuffisamment étudiées. Elles ont donné matière à philosophie, non pas à connaissance, à jeux d'esprit, non pas à certitude.

7. *Amnésie d'après l'évolution de l'amnésie : amnésies soudaines, progressives, périodiques.* — Certaines amnésies apparaissent brusquement, soudainement (amnésies soudaines par exemple après un traumatisme du crâne, après un choc moral, après une attaque apoplectique, etc.). D'autres se développent peu à peu, progressivement (amnésies progressives, par exemple dans la paralysie générale), quelquefois très lentement (par exemple l'amnésie dans l'alcoolisme chronique, démence alcoolique toujours démence partielle). Enfin, on a parlé d'amnésies périodiques ou intermittentes (amnésie périodique dans l'hystérie, amnésie des états seconds hystériques) : ces cas d'hystérie, fort obscurs, sont, quant aux troubles de la mémoire, des cas d'amnésie motivée par des événements d'ordre moral, ici évidents, là dissimulés ; ce ne sont pas des cas d'amnésie sans cause, d'amnésie véritablement intermittente ou périodique.

8. *Amnésies d'après la durée de l'amnésie : amnésies passagères, définitives, chroniques.* — Dans un grand nombre d'exemples, quelle qu'en soit l'origine, l'amnésie est passagère, temporaire, épisodique, et en même temps de courte durée : le souvenir complet ou partiel revient dans l'esprit du sujet. En outre, une amnésie lacunaire, localisée exactement, est souvent une amnésie définitive et complète (exemples, l'amnésie post-traumatique, l'amnésie des états seconds). L'amnésie chronique, amnésie de fixation, d'évocation, de reconnaissance, de localisation, diffuse, mal limitée, de type antéro-rétrograde, plus ou moins profonde, est le fait des états démentiels, et aussi du syndrome dysmnésique de Korsakoff à la troisième période. Une amnésie localisée, même étendue et définitive, n'est pas une amnésie chronique.

Amnésie et psychose de Korsakoff. — Dans la psychose polynévritique de Korsakoff, ou mieux dans le syndrome dysmnésique de Korsakoff, puisque cette affection est bien un syndrome et non pas une maladie à proprement parler, l'amnésie de fixation ou amnésie de conservation est aussi nette que curieuse. Cette amnésie de fixation de la psychose de Korsakoff est, comme toute amnésie de fixation, une amnésie antérograde complète ; son point de départ approximatif est la date de début des troubles observés : il n'a pas, de ce fait, la précision, dans le temps, de l'amnésie post-traumatique, ou de l'amnésie post-hyperthymique, etc. Cette amnésie est un symptôme constant et durable, quelle que soit la période de la maladie ; il peut s'atténuer, très légèrement, à la période de chronicité terminale ; il ne disparaît jamais : lorsque le patient conserve dans le temps présent quelques souvenirs, ceux-ci ne le sont, conservés, que pour un moment toujours bien court. Cette amnésie antérograde de fixation, chronique, est pratiquement incurable. On a rapporté quelques cas de guérison de ce syndrome particulier : ont-ils été suivis durant une période suffisamment longue ? S'agissait-il bien de ce syndrome spécial ? Cette amnésie de fixation, dans la psychose de Korsakoff, coexiste constamment ou presque avec les trois autres signes suivants : la confabulation, les fausses reconnaissances (ou paragnosies) et enfin l'euphorie.

L'amnésie antérograde de fixation, toujours définitive d'ordinaire, observée dans le syndrome de Korsakoff, s'accompagne d'amnésie d'évocation. Cette amnésie de reproduction est une amnésie rétrograde, totale, définitive, avec ce caractère particulier d'être une amnésie localisée, une amnésie limitée dans le temps et l'espace. Elle porte sur cinq, dix, vingt années ou plus de la vie du sujet. Les souvenirs antérieurs à la limite fixée de l'amnésie sont rappelés sans difficulté, reconnus immédiatement et localisés dans l'espace et dans le temps après les oscillations et

(1) Aristote. *Psychologie d'Aristote. Opuscules (parva naturalis).* Trad. par J.-Barthélémy Saint-Hilaire, Paris, 1847. *De la mémoire et de la réminiscence*, p. 109.

réflexions que comporte pareille opération intellectuelle, donc comme chez un individu ordinaire. Un souvenir pénible, situé dans la période d'oubli, antérieur ou postérieur au début de la maladie, rappelé au patient par l'observateur, précisé devant lui par celui-ci, provoque une réaction émotionnelle typique (chagrin par exemple au souvenir de la perte d'un enfant) ; mais quelques secondes après, une minute au plus, le sujet a perdu le souvenir du fait qui, tout à l'heure l'affectait si vivement. Cette amnésie rétrograde d'évocation, cette amnésie rétrograde localisée, est chronique, incurable, progressive très lentement.

Chez ces malades, amnésiques essentiellement, on ne note pas de troubles du jugement et pas davantage du raisonnement (à moins que ce ne soit du fait de l'amnésie de fixation), pas de troubles immédiats de l'attention (réparties drôles du sujet, réflexions fréquemment justes, sensées, sur les faits qui se déroulent autour de lui), mais cette attention est mobile et désordonnée.

Amnésie et démence sénile. — L'amnésie observée et étudiée dans la démence sénile, ou presbyophrénie, ressemble à l'amnésie du syndrome de Korsakoff, bien que l'âge de ces deux variétés de malades soit si différent. C'est une amnésie antérograde de fixation, avec point de départ un peu difficile à établir parce que le début de la maladie est lent et non pas brutal. Cette amnésie de fixation est totale, durable, chronique, sans présenter jamais d'amélioration. On voit les malades de cette sorte se lever, aller et venir, circuler dans une maison ; ils ne sont point paralysés ; ils ne sont point condamnés à l'alitement comme les Korsakoff qui ont ordinairement de la polynévrite des membres inférieurs ; ils causent volontiers et en souriant, paraissent normaux, présents à une personne non avertie. Mais bientôt chacun s'aperçoit que leur mémoire de conservation est nulle : ils sous saluent aimablement à plusieurs reprises comme s'ils ne l'avaient pas déjà fait ; il viennent de sortir de leur lit et ils parlent de se coucher ; ils ignorent tout du temps qui s'écoule, etc. Avec cette amnésie antérograde complète de fixation, on note les symptômes suivants : fabulation, fausses reconnaissances (paragnosies), euphorie, et jamais d'ictus, jamais de troubles moteurs.

L'amnésie antérograde de fixation de la démence sénile s'accompagne, comme celle de la psychose de Korsakoff, d'amnésie rétrograde d'évocation, amnésie qui est chronique, incurable, progressive, mais localisée dans le temps et l'espace. Elle ne porte en aucun cas sur toute la vie du sujet ; elle est plus étendue que l'amnésie rétrograde d'évocation observée dans la psychose polynévritique. Cette amnésie rétro-antérograde de la démence sénile se complique de troubles du jugement et du raisonnement intenses, profonds, qui témoignent de l'état d'affaiblissement des facultés intellectuelles du sujet et qui l'inclinent à des idées vagues de persécution, de préjudice. Les souvenirs (le concret) s'effacent donc, mais aussi les idées (l'abstrait) perdent de leur clarté ou mieux de leur valeur, alors qu'il n'en est pas ainsi dans la psychose de Korsakoff.

Amnésie et autres démences. — L'amnésie dans la paralysie générale (démence paralytique dite globale), l'amnésie dans les démences par lésions circonscrites (démences dites partielles ou électives ou lacunaires, par exemple la démence post-apoplectique), méritent des considérations spéciales, certainement fort complexes.

L'amnésie dans la paralysie générale est beaucoup moins marquée que les troubles du jugement et du raisonnement. Il faut l'étudier dans les deux formes que revêt la maladie, la forme asthénique ou dépressive (au début de l'affection toujours) et la forme hypersthénique ou maniaque (ancienne forme délirante avec idées de grandeur ; la manie fait suite à l'asthénie, de sorte qu'une variété d'accès asthéno-maniaque est constituée ici). Dans la phase asthénique de la maladie (phase de début ; quelques cas très rares dans lesquels l'asthénie ou dépression présente le type périodique), on constate de l'amnésie antérograde de fixation, de reproduction, de reconnaissance, de localisation dans l'espace et dans le temps ; cette amnésie est incomplète, mobile, variable, suivant les jours. On constate aussi de l'amnésie rétrograde d'évocation, de reconnaissance, de localisation, et cette amnésie toujours diffuse, est encore incomplète, mobile, variable, suivant les interrogatoires. La perte des idées, à cause des troubles du jugement est bien plus accusée que la perte des souvenirs. Dans la phase d'excitation (excitation de type maniaque avec idées de satisfaction, idées de grandeur, etc.), l'amnésie revêt à peu près, chose digne de remarque, les mêmes caractères que dans la phase de dépression ou asthénie : amnésie antérograde de fixation, d'évocation, etc., amnésie rétrograde d'évocation, de reconnaissance, etc., l'une et l'autre incomplètes, jamais totales, avec cette particularité, cependant, que l'amnésie d'évocation, du fait de l'état hypersthénique, est bien moins marquée que dans la période initiale de dépression. Dans les deux phases de la maladie, les troubles du jugement et du raisonnement dominent le tableau clinique, par suite dominent les troubles de la mémoire. On peut dire que, dans la paralysie générale, l'amnésie est globale parce que la mémoire abstraite (perte des idées, perte des notions scolaires) est atteinte au même degré, sinon à un degré plus élevé, que la mémoire des événements ou mémoire concrète.

Dans les démences par lésions circonscrites (démences dites partielles pour les distinguer de la démence paralytique, dite démence globale), quid de l'amnésie ? Le point de repère des troubles de la mémoire, dans ces cas, est communément une attaque apoplectique. L'amnésie est à la fois antérograde et rétrograde. Cette amnésie antéro-rétrograde relève-t-elle de l'affaiblissement des facultés intellectuelles ? Nous l'avons admis longtemps. Nous en doutons aujourd'hui. Dans le plus grand nombre des cas, chez les déments par lésions circonscrites, ce que les auteurs ont pris pour de l'affaiblissement psychique, est simplement de l'asthénie nerveuse générale, asthénie dont le sujet s'affecte. C'est pour cette raison que Magnan, avec son élève Lwoff, signalait dans ses travaux, et n'omettait jamais de le noter dans ses certificats concernant cette variété de déments, que ces malades avaient une conscience relative de leur situation : cette conscience vient des sensations et symptômes déterminés chez eux par l'asthénie. Cette asthénie, en particulier post-apoplectique, peut faire place à la manie (accès asthéno-maniaque post-apoplectique) : les troubles de la mémoire sont alors peu marqués, difficiles à préciser. Il est à noter que dans la démence alcoolique, non pas avec lésions circonscrites, mais avec lésions diffuses (pseudo-paralysie générale alcoolique), l'amnésie antérograde et l'amnésie rétrograde, de types variés, sont susceptibles de s'améliorer considérablement sous l'influence d'un régime sévère : ces cas sont très rares.

Amnésie post-traumatique. — L'amnésie post-traumatique (traumatisme du crâne en principe) est à la fois une amnésie antérograde et une amnésie rétrograde (point de repère précis : la date du traumatisme). L'amnésie antérograde est une amnésie de fixation, très nette, souvent très pure. Ce n'est pas une amnésie d'évocation : les faits qui se sont déroulés après le traumatisme sont oubliés à jamais, si curieux, si complexes qu'ils aient été ; l'amnésie est donc définitive. C'est une amnésie de courte durée, de quelques minutes, mieux de quelques heures, parfois de quelques jours, de quelques semaines. Elle disparaît non pas brusquement, mais progressivement : les souvenirs sont conservés, puis oubliés, conservés de nouveau et, enfin, le sujet revient à son état mnésique normal. L'amnésie rétrograde, amnésie d'évocation, nettement localisée dans l'espace et dans le temps, totale toujours, a frappé, plus souvent que la précédente, les observateurs. Cela se conçoit parce que chacun est surpris de la perte du souvenir des circonstances de l'accident par le sujet, de la perte des souvenirs antérieurs à cet accident; la surprise est d'autant plus grande que, à un moment donné, se précise un détail qui est le dernier souvenir conservé par le blessé. Amnésie localisée, amnésie lacunaire, amnésie limitée dans l'espace et dans le temps, elle porte tantôt sur les quelques minutes qui ont précédé l'accident, tantôt sur plusieurs heures, tantôt sur plusieurs jours, rarement plus ; en principe, elle est peu étendue, définitive, sans gravité aucune. Je n'ai jamais observé, bien que j'aie eu à examiner de nombreux cas d'amnésie traumatique, avant, pendant et après la guerre de 1914-1918, je n'ai jamais observé de blessé ayant présenté, à la suite d'un traumatisme cranien, une amnésie rétrograde totale d'évocation, c'est-à-dire une amnésie touchant tous les événements antérieurs à la blessure (mémoire concrète), sans toucher les notions acquises abstraites (mémoire didactique, mémoire des idées). Et faut-il redire que nous considérons la démence post-traumatique, c'est-à-dire la diminution intellectuelle post-traumatique, comme non-existante, ou à peu près, et que tous les cas de cette sorte qui nous ont été présentés, étaient des exemples caractéristiques d'asthénie chronique post-traumatique. Sauvages (Boissier de) cite plusieurs faits d'amnésie traumatique de Schenkius, qui devraient bien être traduits par quelque chercheur érudit (1).

Amnésie rétrograde totale d'évocation après choc émotionnel. — Il existe une amnésie rétrograde, totale, définitive, d'évocation après choc émotionnel. Elle est très rare, mais elle présente des caractères propres qui font qu'elle doit être individualisée. Nous en avons observé trois cas et publié un, tout à fait remarquable (2). On en trouve quelques exemples dans les auteurs, Dumas, Georges, par exemple, mais celui-ci paraît les rattacher à un traumatisme du crâne (3), plutôt qu'à un choc émotionnel. Comment se développe cette amnésie ? Le choc émotionnel donne lieu à des troubles nerveux et psychiques, avec ou sans agitation incohérente, qui sont tantôt de courte, tantôt de plus longue durée (une à deux semaines au maximum en général) ; à ce moment même, chez le sujet, il y a amnésie antérograde de fixation, parfois confusion mentale (non-reconnaissance du temps, des lieux, des personnes, des choses, avec inconscience de cet état). Puis ces phénomènes se dissipent et l'on constate l'amnésie rétrograde totale d'évocation. Cette amnésie post-émotionnelle (il s'agit presque constamment d'une contrariété vive, d'une blessure cuisante d'amour-propre, non pas d'un chagrin ni d'une angoisse), cette amnésie post-émotionnelle, rétrograde, complète, porte sur tous les événements de la vie du sujet ; celui-ci ne possède plus aucun souvenir ni de son enfance, ni de son adolescence, ni de sa jeunesse. Le concret passé est rayé définitivement de son existence. Au contraire, il a conservé la mémoire des notions apprises (langage, lecture, calcul, écriture, dessin, couture, etc.) et la mémoire des convenances familiales, des conventions sociales. Par exemple notre malade, un jeune homme, n'avait plus le souvenir de ses parents ; il voulait bien que la personne qu'on lui présentait fût sa mère mais il n'en savait rien personnellement. Et il en était ainsi de toutes choses. Une nouvelle existence, à partir du choc moral, avait commencé pour lui. Depuis, après quelques années, il s'est marié ; il a deux enfants ; il exerce une petite profession au grand air ; il était autrefois comptable ; aujourd'hui l'atmosphère des bureaux lui pèse. Il nous arrive de le rencontrer sur la place publique : il n'a récupéré aucun souvenir de sa vie antérieure. Lorsqu'il fait devant nous cette singulière constatation, quelques larmes viennent sourdre à ses paupières. Il est asthénique à un léger degré ;

---

(1) Schenkius. Obs. Horst, lib. 2, obs. 7 Hildan, cent. 3, obs. I.4, cité par Sauvages (B. de), *Nosologie méthodique*, parue en 1763. Trad. Nicolas, 1770, II, p. 754.

(2) Benon R. Amnésie et choc émotionnel. *Journ. des Pratic.*, 1933, 12 août, p. 515, n° 32.

(3) Dumas G. In article de Mallet, *Les psychoses de guerre du Traité de Sergent*, 1921, éditeur Maloine, vol. Psychiatrie, I, p. 398. Le texte de Dumas lui-même n'a pas pu être consulté.

il ne peut se livrer à aucun travail grandement et rapidement épuisant. Il conserve, comme un homme ordinaire, les souvenirs postérieurs au choc émotionnel qu'il a subi. La lacune formidable que traduit son esprit, touchant son passé, n'a créé chez lui aucun déficit intellectuel, aucune déviation psychique (pas de démence, pas de délire). Un cas cité par Sauvages (Boissier de) et qui est de Schenkuis, paraître être un cas d'amnésie post-hyperthymique (1).

Amnésie et état second. — L'amnésie de l'état second et spécialement, ici, l'amnésie qui est constatée après que l'état second a pris fin, est une amnésie antérograde d'évocation, totale et définitive. Amnésie antérograde parce qu'elle part du commencement de l'état second. Amnésie d'évocation parce que le sujet, revenu à son état normal (état prime, état antérieur), ne peut rappeler les faits qui ont eu lieu pendant la durée de l'état second. Amnésie totale, complète, parce que tous les faits, gestes, actes, paroles, sans exception, de la période de l'état second sont oubliés ; aucun d'eux ne saurait être reproduit. On a rapporté des cas d'amnésie incomplète, après l'état second, non pas chez des épileptiques, mais chez des hystériques ou mieux chez des hyperthymiques énervés et secondairement plus ou moins asthéniques : ces cas sont assez complexes. Enfin cette amnésie est définitive : les faits sont tombés à jamais dans le domaine de l'oubli. Peut-on, chez les hystériques, les faire réapparaître au cours du sommeil hypnotique ? La question est à reprendre.

Quel est l'état du patient pendant l'état second ? Nous pensons que, au cours de l'état second, il y a, chez le patient, non pas des troubles confusionnels, mais des troubles amnésiques. Il n'y a pas confusion mentale, ce n'est pas douteux pour nous, parce qu'il n'y a pas de troubles inconscients des perceptions, de la reconnaissance des choses, des lieux, des personnes, du temps. Il y a, en revanche, amnésie de fixation, donc amnésie antérograde de fixation et, de plus, en même temps, à ce moment, dans cet état, amnésie rétrograde totale de reproduction. Amnésie antérograde de fixation sans confusion dans les perceptions ? Cela n'empêche pas le sujet de se diriger, de ressembler à un homme ordinaire, à un homme normal : il voyage, il circule, il prend ses repas à l'hôtel, il y couche, etc. ; il se comporte donc sans attirer l'attention spéciale de ceux qu'il rencontre. Amnésie rétrograde totale d'évocation ? Donc oubli total du passé, oubli des événements du passé, de sorte que la vie que mène le sujet est une nouvelle existence, sans lien avec sa vie antérieure. Il y a perte totale de la mémoire concrète. Au contraire, les acquisitions scolaires abstraites sont conservées (calcul, écriture, lecture, notions morales fondamentales, etc.), d'où pas de perte de la mémoire didactique, pas de perte de la mémoire des idées. De tels cas sont rares, les observations rapportées avec un soin insuffisant : l'étude de ces faits cliniques est toujours difficile. A noter que dans les exemples d'état second qui ne relèvent pas de l'épilepsie, on constate souvent de l'asthénie chronique, séquelle (2) et même de l'asthénie chronique associée à une affection organique (état second signalé dans les tumeurs cérébrales avec asthénie, laquelle asthénie paraît très commune dans les tumeurs cérébrales et non pas dans la démence ; l'asthénie précède toujours la moria quand celle-ci se manifeste).

Amnésie et asthénie. — L'amnésie, dans l'asthénie nerveuse générale, est due à l'asthénie psychique et cette asthénie psychique coexiste toujours avec l'asthénie musculaire ou amyosthénie. C'est une amnésie d'évocation, antérograde et rétrograde, transitoire à peu près constamment. Les souvenirs ont de la difficulté à être évoqués, remémorés (hypoidéation) ; mais ils le sont, lentement, doucement, parfois tout à coup comme cela arrive chez un individu normal. Le souvenir reproduit est reconnu aussitôt, situé dans l'espace et enfin, avec ses dates, dans le temps. Certains asthéniques, notamment les asthéniques périodiques, les asthéniques chroniques fonctionnels, se plaignent beaucoup de leur amnésie, déclarent qu'elle les rend incapables de tout travail intellectuel, lui attribuent une importance telle qu'ils sont anxieux de leur avenir au point de vue mental, etc. : il n'en est jamais rien puisque l'asthénie diffère essentiellement de la démence. (On peut voir associées démence et asthénie, cela est une autre question.) Chose singulière, l'asthénique qui se plaint si amèrement de son amnésie d'évocation, et qui quelquefois aussi se plaint d'amnésie de fixation, est, sans exception, contredit par son entourage qui fait remarquer, au contraire, avec quelle précision le malade reproduit, seul, des événements que chacun n'arrivait pas à localiser convenablement dans l'espace et dans le temps. Disons que l'entourage ne doit pas trop insister sur ce détail afin de ne pas contribuer à augmenter l'irritabilité du patient qui, déjà, se voit si nettement incompris des siens, et ceci n'est-il pas vrai, pratiquement, presque toujours ?

Amnésie et aphasie. — Beaucoup d'auteurs font jouer à l'amnésie un rôle important dans les aphasies. Nous avons discuté cette question à plusieurs reprises avec notre ami Charles Foix, mort le 30 mars 1927, enlevé si précocement à la vie scientifique, remarquablement libéral de tendances. Nous considérons l'aphasie motrice, aphasie d'expression, ancienne aphasie de Broca, comme une variété d'apraxie. L'aphasie motrice, qui traduit un trouble et du langage extérieur et du langage intérieur, est une apraxie verbale, une apraxie automatique verbale, par perte des habitudes motrices du langage parlé (aphémie et agraphie). Il y a donc là, très probablement, un trouble mnésique. L'aphasie sensorielle, aphasie de réception, aphasie de compréhension, est une agnosie verbale, un trouble de la reconnaissance verbale après une sensation auditive ou visuelle (agnosie auditive verbale : surdité verbale, et agnosie visuelle verbale : cécité verbale). Il ne s'agit pas là d'amnésie. Il y a d'abord altération de la perception. Perception et mémoire sont fonctions différentes. Reconnaissance après perception est autre chose que reconnaissance d'un souvenir après évocation de ce souvenir (1).

Amnésie et agnosie. — L'agnosie doit être bien distinguée de l'amnésie. Il y a une sensation pathologique à l'origine de l'agnosie. Le patient ne dit pas : Je ne me rappelle pas. Il dit : Je ne connais pas. Nous avons vu que l'aphasie sensorielle, pour nous, était une variété d'agnosie, l'agnosie verbale. Mais il existe un grand nombre d'autres agnosies : l'astéréognosie, troubles de la reconnaissance des objets et de leur usage par le toucher ; l'agnosie auditive ou surdité psychique, non reconnaissance des bruits pourtant perçus, comme timbre d'horloge, sifflet, etc. ; l'agnosie visuelle ou cécité psychique, non reconnaissance par la vue des objets (asymbolie), des lieux (agnosie topographique) ; l'agnosie gustative ou agueusie différentielle ; l'agnosie olfactive ou ou anosmie différentielle ; l'autoagnosie ou perte de la notion de notre moi. Toutes ces agnosies sont des agnosies dites partielles. Il existe une agnosie généralisée qui porte sur les divers systèmes sensoriels. Dans tous ces cas, les troubles de la reconnaissance sont dûs à des troubles de la perception, non pas à des troubles de la mémoire. Dysperception n'est pas dysmnésie. Dans l'agnosie, comme dans un grand nombre de cas d'amnésie, le sujet est particulièrement conscient de son état, donc lucide. Lorsque, après perception, il y a reconnaissance à côté, on dit qu'il y a paragnosie, dont l'illusion du déjà vu (après perception, cela va de soi) est une variété. De telles questions ne peuvent être étudiées sans faire de la psychologie, nous ne disons pas de la philosophie.

Amnésie et confusion mentale. — Dans la confusion mentale, il faut étudier l'amnésie pendant l'état aigu, donc pendant l'accès morbide, puis après guérison de l'accès, donc après retour à l'état normal. (La confusion mentale guérit toujours, sauf complications viscérales graves et mortelles ; il n'y a pas de confusion mentale chronique.)

Dans la période aiguë ou subaiguë de l'état confusionnel, il y a amnésie antérograde de conservation et amnésie rétrograde d'évocation, l'une et l'autre plus ou moins complète, en même temps qu'il y a troubles inconscients et intenses de la reconnaissance des lieux, du temps, des choses et des personnes. Le confus, au cours de l'état aigu, est parfois capable de se ressaisir un instant, un très court instant, et de donner quelques réponses justes à l'obervateur : il fournira un renseignement exact, il évoquera un souvenir précis, mais, quelques secondes après, il retombe dans ses troubles profonds et inconscients de la reconnaissance.

Lorsque la confusion mentale est guérie, lorsque le patient est revenu à son état normal, on note de l'amnésie antérograde d'évocation portant sur toute la période aiguë ; il n'y a pas d'amnésie rétrograde d'évocation ; la lacune mnésique englobe uniquement la phase de maladie. Parfois quelques souvenirs de la période aiguë persistent ; c'est que l'état confusionnel est susceptible de présenter des périodes d'amélioration et des périodes d'aggravation, et que tel souvenir a été enregistré au moment d'un intervalle de lucidité relative : ce sont donc les oscillations relevées dans l'état morbide qui expliquent ce fait.

Amnésie et débilité mentale. — L'étude de l'amnésie dans la débilité intellectuelle congénitale est, pour nous, d'un médiocre intérêt pratique, mais elle a peut-être un intérêt scientifique. Mémoire concrète, mémoire didactique, mémoire abstraite, sont presque toujours bien pauvres, aussi pauvres les unes que les autres. Les « tests », dans ces cas, sont actuellement à la mode. Que valent-ils ? C'est l'instituteur, le premier, qui fait l'emploi des « tests ». Cela ne suffit pas, dit-on. C'est possible. Mais il arrive qu'on voit des personnes de qualité, ouvriers de choix, qui n'ont point obtenu leur certificat d'études primaires, bien qu'ils aient fréquenté les classes. Par exemple, tel chaudronnier est, au chantier, le premier de son équipe, se montre imbattable dans son équipe (c'est un cas vu récemment) ; or, la mémoire didactique de ce chaudronnier a toujours été faible ; il a régulièrement suivi l'école et il n'a pas eu son certificat ; aujourd'hui, il touche le salaire le plus élevé. Nous restons partisans des tests ; toutefois nous sommes plus réalistes que testistes. L'amnésie du sujet affecté de débilité mentale native, est une amnésie de fixation, une amnésie d'évocation ; maintes fois le souvenir reproduit, péniblement, n'est pas reconnu et ne peut être localisé dans l'espace et dans le temps, etc. De tels faits, en pratique neuropsychiatrique, nous paraissent être, totalement, de second ordre.

***

Telles sont les données cliniques générales que nous croyons pouvoir présenter sur les amnésies : elles sont nécessairement brèves. On essaiera de les résumer ainsi : 1) dans la psychose de Korsakoff ou mieux dans le syndrome dysmnésique de Korsakoff, amnésie antérograde de fixation, totale, chronique, et amnésie rétrograde d'évocation, localisée et totale, lentement progressive, chronique ; 2) dans la démence sénile, amnésie antérograde de fixation, totale, chronique, et amnésie rétrograde d'évocation, localisée mais très étendue, totale, progressive et chronique ; 3) dans les démences organiques à lésions diffuses ou circonscrites,

(1) Schenkius. Obs. et Ephém. Nat. cur. L. Cité par Sauvages (B. de), *loc. cit.* Sauvages dit : *Amenisia pathemate.* Oubli en suite d'une affection de l'âme. « La mémoire se perd quelquefois par la crainte et l'épouvante soudaines, et par un chagrin cuisant. »

(2) Benon R. Fugue et amnésie. *La Medicina argentina*, 1934, juin p. 490, n° 145.

(1) Benon R. La fonction psychique de reconnaissance. *Gaz. des Hôp.*, 1925, 22-24 sept., p. 1235, n° 76.

amnésie antéro-rétrograde en principe banale, amnésie de fixation et d'évocation, amnésie globale ou élective, générale ou partielle, progressive et chronique ; 4) après les traumatismes du crâne, pendant la période aiguë, amnésie antérograde de fixation, soudaine, totale et amnésie rétrograde d'évocation soudaine, totale ; lors du retour à l'état normal, amnésie antérograde de fixation, totale ou presque, bien localisée dans le temps et dans l'espace, de courte durée, mais définitive, et amnésie rétrograde d'évocation, curieusement lacunaire, totale, de courte durée, définitive ; 5) après un choc émotionnel, amnésie rétrograde d'évocation, plus ou moins soudaine (en quelques jours ou semaines), totale, définitive : perte complète de la mémoire des événements antérieurs au choc émotionnel ; pas de perte des idées ; pas de perte de la mémoire didactique ; commencement d'une nouvelle existence pour le sujet (immédiatement après le choc émotionnel courte période d'amnésie antérograde de fixation, totale ou partielle) ; 6) au cours de l'état second, pendant la phase aiguë, amnésie antérograde de fixation, complète, soudaine et en même temps amnésie rétrograde d'évocation totale ; après retour à l'état normal, amnésie antérograde lacunaire, définitive et disparition totale de l'amnésie rétrograde (celle-ci, donc, passagère) ; 7) dans l'asthénie nerveuse générale, amnésie d'évocation antéro et rétrograde, diffuse, partielle, jamais progressive, jamais définitive ; 8) dans l'aphasie motrice, perte des habitudes motrices (apraxie) ; dans l'aphasie sensorielle, agnosie et non pas amnésie ; 9) dans l'agnosie, troubles des perceptions ou de la reconnaissance, non pas troubles de la mémoire ; 10) dans la confusion mentale, pendant l'état aigu, amnésie antérograde de fixation, totale ou partielle ou mieux intermittente ; amnésie rétrograde d'évocation totale ou épisodiquement incomplète. Après guérison, amnésie antérograde de fixation, totale ou incomplète, toujours définitive ; amnésie rétrograde nulle ; 11) dans la débilité mentale, amnésie de fixation et de reproduction, chronique, de caractère banal (1).

(1) Benon R. Les amnésies. Etude clinique. *Gaz. des Hôp.*, 1908, 13 juin, p. 795. — Les amnésies. Description et diagnostic. *Gaz. des Hôp.*, 1924, 29 mars, p. 443.

Voir Delay J. *Les astéréognosies. Pathologie du toucher. Clinique. Psychologie. Topographie.* Paris, 1935, édit. Masson. — *Les dissolutions de la mémoire.* Paris, 1942, édit. Presses Universitaires.

Nota. — Nous signalons que les revues de la *Gaz. des Hôp.* de 1908 et de 1924 contiennent une bilbiographie complète de la question jusqu'à la dernière date.

CONSULTATIONS. — IV

GOITRE SIMPLE CHEZ UNE FILLE DE 15 ANS (1)

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Mme L... m'amène, le 30 septembre, d'un village des environs d'Evreux, sa petite-fille Françoise F..., parce que son cou a grossi, que le médecin de famille et l'entourage ont parlé de goitre et que toutes deux sont très préoccupées du devenir de cette affection. « Nous désirons avoir votre avis. »

Françoise est née le 10 avril 1928. Sa mère est morte en couches. Son père, sa grand'mère sont bien portants. Elle est fille unique. Elle a toujours habité le même pays. A la connaissance de Mme L.., il n'y a pas de goitre dans les familles ni dans la région.

Françoise a toujours été bien portante. Elle se développe régulièrement.

En février 1941, à 12 ans 10 mois, elle a ses premières règles. Puis ses menstruations se répètent régulièrement, à des intervalles de trois semaines. Elles durent quatre ou cinq jours, ont une abondance moyenne, ne sont pas douloureuses, ne troublent pas l'état général.

Au moment de la première menstruation, le médecin a constaté une légère hypertrophie du corps thyroïde. Elle s'est peu modifiée jusqu'à il y a quatre ou cinq mois ; depuis avril ou mai, le cou a un peu grossi.

Françoise est âgée de 15 ans 5 mois. Elle déclare qu'elle n'est pas malade. Elle a bon appétit, digère bien, ne maigrit pas, n'a pas de palpitations, de troubles de la vue. Elle est vive, éveillée, nerveuse, instable, dit la grand'mère ; mais ce trouble du caractère ne paraît pas bien important.

Elle a le teint coloré, la peau fine, les cheveux souples, un embonpoint satisfaisant, l'aspect de la santé. Ses seins sont de volume moyen, bien conformés, fermes ; la pilosité pubienne et axillaire est normale.

Ses *données anthropométriques* sont les suivantes :

Taille : 155 cm., au lieu de la moyenne 152 cm. 5 : excès statural 2 cm. 5 ou 1,6 pour 100. Taille moyenne, correspondant à celle d'une fille de 18 ans.

En comparaison avec les mesures d'une fille de 18 ans :

(1) *Notre éminent et bien regretté collaborateur, le Professeur Nobécourt, avait entrepris la publication, dans la « Gazette des Hôpitaux », d'une série de* Consultations. *Deux de ces articles étaient encore à paraître au moment de sa mort. Voici l'avant-dernier.* N. D. L. R.

	Françoise	Fille de 18 ans
Poids P	48 kg.	49 kg.
$\frac{P}{T}$	309	316
Périmètre thoracique xiphoïdien (Pt) 66-72	69 cm.	79 cm. 5
$\frac{Pt}{T}$	0,44	0,51
Coefficient de Pignet : [T — (P + Pt)]	38	26,5

Pour sa taille, Françoise a un poids et un rapport $\frac{P}{T}$ conformes aux moyennes, un périmètre thoracique et un rapport $\frac{Pt}{T}$ faibles. De ce fait son coefficient de Pignet est fort même pour son âge (moyenne : 30) et la corpulence un peu faible.

Le cou est élancé et le corps thyroïde fait une légère saillie. A la palpation on sent les deux lobes latéraux et le lobe moyen, qui sont un peu gros, mais sont loin de réaliser une tumeur. Leur consistance est molle, uniforme. La palpation ne provoque ni douleur, ni sensation désagréable; il n'y a pas d'hyperesthésie de la région. Le périmètre du cou, à la partie la plus saillante, mesure 31 cm. 5.

L'examen des yeux ne révèle aucun signe de la série basedowienne. Le pouls est régulier, à 88 dans le décubitus dorsal ; sous l'influence de l'émotion, il monte facilement aux environs de 100 ; puis il diminue rapidement.

Il existe évidemment une hypertrophie du corps thyroïde, un goitre ; cette hypertrophie est *légère*.

Le *diagnostic* de sa nature ne souffre pas de difficultés et ne comporte pas de longues discussions. Ce goitre, apparu dans une région où il n'y en a pas, *n'est pas endémique*. Non accompagné de symptômes de la série basedowienne, *ce n'est pas un goitre exophtalmique*.

C'est un *goitre simple, sporadique*, réalisé par une hyperplasie diffuse du parenchyme thyroïdien intriquée probablement avec un certain degré de *congestion* de la glande. La consistance molle, uniforme *éloigne l'idée d'un goitre adénomateux*.

Apparu au moment de la première menstruation, il rentre dans le groupe des goitres de la puberté.

Ces goitres sont fréquents, chez les filles plus que chez les garçons. Y compris les congestions thyroïdiennes, on rencontre, de 12 à 15 ans, une augmentation du volume de la glande thyroïde chez environ 45 filles sur 100 et 25 garçons sur 100. Elle est, en quelque sorte, physiologique.

L'hypertrophie du corps thyroïde peut s'accompagner de symptômes nerveux relevant d'une *dystonie neuro-végétative*, mais on n'est autorisé à parler d'*hyperthyroïdie* que si le métabolisme de base est augmenté. Inversement, certains symptômes peuvent faire penser à de l'*hypothyroïdie*, mais il faut, pour admettre son existence, constater un abaissement du métabolisme de base et de l'hypercholestérolémie.

Françoise ne présente aucun symptôme qui attire l'attention sur l'une ou sur l'autre. Je ne crois pas utile de demander les recherches complémentaires qu'à l'hôpital j'aurais poursuivies volontiers.

Généralement le goitre simple de la puberté dure quelques mois, un an, deux ans ; il présente des accroissements passagers dus à des poussées congestives, en particulier au moment des périodes menstruelles. Il rétrocède à l'achèvement de la puberté et disparaît souvent pendant la jeunesse. Il n'est pas rare, cependant, que la glande conserve pendant longtemps un volume un peu fort, sans entraîner de saillie notable et de déformation du cou. Il est rare que ce goitre se transforme en goitre exophtalmique. Ce qu'on observe plus souvent c'est l'apparition d'un syndrome neuro-végétatif isolé, sans intrication avec un syndrome d'hyperthyroïdie.

Il convient de noter chez Françoise, malgré le goitre, la croissance staturale, l'accroissement pondéral, l'évolution pubérale réguliers. Elle est réglée vers la fin de la treizième année et depuis normalement.

Le diagnostic de goitre simple de la puberté étant porté, il m'est permis de répondre aux questions que me posent Françoise et sa grand'mère.

— « Est-ce un goitre ? » — « Non pas. La glande thyroïde est un peu grosse, comme il est fréquent à cet âge. » Je me garde bien de prononcer le mot de goitre, qui évoque pour elle l'image d'un gros cou déformé.

— « Aurai-je un goitre ? » Bien que l'avenir doive toujours être réservé, j'affirme que non, ne voulant pas causer d'inquiétudes inutiles.

— « Quel traitement faut-il suivre ? » — « En principe aucun, car Françoise n'est pas malade. » — « Mais tout le monde nous conseille l'iode. » — « Je n'en vois pas l'utilité. » Comme elles insistent, je me résouds à prescrire une petite dose avec la préparation suivante :

Iodure de sodium	15 gr.
Bromure de sodium	20 gr.
Eau bouillie	300 cc.

Pendant les dix jours qui suivent la terminaison des règles prendre une cuillerée à café à la fin de chacun des deux principaux repas (0 gr. 50 par jour).

Cesser le traitement à la fin de la bouteille.

J'ajoute :

Chaque série d'iodure terminée, prendre pendant dix jours, à deux repas, une cuillerée à café de granulé de phosphore organique, extrait de l'embryon de blé (préparation spécialisée).

LA VOCATION MÉDICALE

Discours prononcé à l'Académie de Médecine dans la séance annuelle du 6 décembre 1943

Par M. Ch. Achard
Secrétaire général

C'est toujours chose délicate que le choix d'une profession. Le problème se pose même pour les professions manuelles ; mais c'est surtout pour les carrières dites libérales que l'hésitation se justifie, et particulièrement pour la médecine, qui exige des aptitudes non seulement manuelles, mais aussi intellectuelles et, de plus, morales. Il y faut une instruction étendue et de longue durée ; il y faut aussi compter avec des influences d'ordre social et familial, avec des goûts et des tendances d'ordre personnel qui font la vocation.

Avant de fixer sur la carrière médicale ce choix difficile, l'aspirant médecin doit bien connaître quelles sont les études nécessaires, quelle est la vie du praticien, ce que peut attendre de lui la Société dans laquelle il vit et ce qu'il peut lui-même attendre d'elle.

Malgré les difficultés présentes de la vie, les professions libérales ont conservé, aux yeux du public, un prestige certain. La pléthore a envahi la profession médicale et la clientèle devient insuffisante par rapport au nombre des praticiens.

C'est bien, en effet, dans la grande majorité des cas, pour tirer de la pratique ses moyens d'existence que l'étudiant en médecine prend ses inscriptions dans une Faculté ou une Ecole de médecine. Un petit nombre seulement entreprend ces études en amateur ou du moins sans faire de la pratique son principal souci, soit parce qu'il s'intéresse particulièrement à la partie scientifique de la médecine et aux recherches qu'elle suggère, soit parce qu'il se propose d'acquérir des titres donnant accès à des fonctions publiques dans l'enseignement, dans les hôpitaux, dans les services d'hygiène et d'assistance.

Il y a donc deux sortes d'étudiants en médecine, numériquement très inégaux, à qui l'on doit, par suite, donner deux sortes d'enseignement et qui comportent peut-être deux sortes de vocation.

Sans aller jusqu'à diviser en deux enseignements entièrement distincts les programmes scolaires, on peut suffire aux exigences actuelles par le moyen des certificats d'instruction professionnelle pour les futurs praticiens et d'instruction scientifique pour les futurs chercheurs.

N'est-il pas bon que la science connaisse les besoins de la pratique et que la pratique soit instruite des progrès de la science ?

La vocation se définit par une inclination que l'on ressent vers un état. C'est en quelque sorte une voix intérieure qui appelle le sujet vers cet état. Le mot s'applique surtout à la religion, à l'état ecclésiastique, mais il s'est étendu à toutes sortes d'états. On parle couramment de la vocation médicale, d'autant plus justement que l'état de médecin est maintes fois comparé à un sacerdoce et même que, avant le temps du cardinal d'Estouteville, les médecins, à l'égal des clercs, étaient tenus d'observer certaines règles ecclésiastiques telles que le vœu de célibat.

Mais, en s'étendant bien au delà du domaine religieux, le mot vocation s'est quelque peu laïcisé. Il a perdu de son caractère impératif. Il y a des degrés dans la vocation ; il y a des demi-vocations, les plus nombreuses. La raison intervient et fait taire le sentiment. Ce qui attire l'étudiant vers la médecine, c'est, avec certains avantages matériels, une commodité plus grande de la vie et certains avantages moraux que lui confère l'autorité dont il peut jouir sur ses semblables.

Il est d'ailleurs malaisé de discerner la vocation et surtout l'éveil de la vocation médicale, d'autant plus que les aptitudes morales ne sont pas celles qui comptent le moins pour qui veut l'exercer. Mais le problème de l'orientation professionnelle reste encore pour la médecine aussi confus que pour la plupart des autres professions.

Il serait certainement d'un très haut intérêt de pouvoir, parmi les conditions diverses que l'on estime désirables pour la carrière médicale, reconnaître une aptitude spéciale à cette carrière et même orienter vers elle le futur étudiant. Mais il faut jusqu'ici se borner à saisir, dès les études secondaires, les moindres indices d'un penchant révélateur de la vocation naissante. Sous ce rapport, nous ne sommes guère plus avancés qu'au temps de Debove, dont la mère, avant qu'il quittât le lycée, demandait au proviseur s'il jugeait que son fils pourrait suivre la carrière de la médecine, s'attira cette réponse qu'elle ne prétendait certainement pas en faire un professeur à la Faculté et qu'il arriverait toujours à passer une thèse. L'erreur de pronostic, on le voit, n'est pas l'apanage du médecin.

Mais il faut reconnaître que les aptitudes à la médecine sont plus délicates à découvrir, en raison de l'élément moral indispensable, que les aptitudes aux carrières artistiques, littéraires et même scientifiques.

Parmi les influences qui concourent à déterminer le choix de la profession médicale, il en est qui tiennent au milieu familial et social du sujet : elles sont *extrinsèques*. Il y a des dynasties de médecins. Là il est naturel que les enfants nourris dans le sérail profitent de la connaissance qu'ils en ont acquise et, d'autre part, il n'est pas moins naturel que les pères soient désireux de transmettre en héritage non seulement les détails de la profession, mais, en même temps, l'avantage plus substantiel d'une clientèle toute faite. Le père devient ainsi le maître, enseignant à son élève beaucoup de notions qui ne figurent pas dans les programmes mais qui n'en sont pas moins, en pratique, d'une incontestable utilité. Puis, le jeune médecin, préparé et présenté par son père, connu de toute la population parmi laquelle il a vécu et grandi, y trouve le plus souvent bon accueil.

Parfois, c'est par relations que les parents conçoivent l'idée d'une carrière médicale pour leur fils. Ils connaissent un médecin qui a réussi et ne soupçonnent pas toujours les difficultés rencontrées et les côtés pénibles de la profession.

Des amitiés de collège entraînent quelquefois le choix de la carrière pour laquelle la vocation d'un camarade s'est fortement affirmée. C'est en quelque sorte une vocation par contagion.

Dans certains cas l'autorité des parents intervient et est assez puissante pour dicter le choix.

Un exemple bien connu de vocation contrariée et de choix imposé est celui de Charcot, l'illustre neurologiste. Son fils se passionnait pour les choses de la marine. Mais le père voulait l'avoir pour successeur, non seulement dans la carrière de la médecine, mais encore dans la spécialité de la neurologie. Respectueux du désir paternel, le jeune Jean Charcot débuta non sans succès dans ce genre d'études qu'il poursuivit pourtant à regret. Il devint interne des hôpitaux, puis docteur et sa carrière parut fixée. Mais peu de temps après, le père mourut subitement. Aussitôt le fils se retourna vers la marine. Il fit, aux deux pôles, des explorations célèbres et termina tragiquement, mais glorieusement sa vie dans un naufrage sur les côtes d'Islande,

D'autres conditions, qui ne sont pas moins importantes que les conditions extrinsèques jouent un rôle dans l'entrée dans la carrière médicale : elles sont *intrinsèques*. Tantôt c'est un intérêt matériel, la facilité réelle ou escomptée, en raison de circonstances spéciales, d'une rémunération lucrative, Tantôt c'est un intérêt spirituel, l'attrait d'études portant sur des sujets préférés, la haute satisfaction morale de faire le bien en soignant et consolant l'humanité souffrante avec la considération dont s'entoure encore, dans un nombreux public, cette profession.

Ces conditions intrinsèques, qui font parler la voix intérieure, sont diverses. D'abord, il faut que le goût de la science soit assez fort pour surmonter la répugnance naturelle que fait éprouver le contact avec la chair morte et, plus encore, celle qu'inspire la souffrance de la chair vivante ; car si la dissection du cadavre évoque l'horreur instinctive de la mort et de la décomposition du corps, le cri de la douleur humaine fait vibrer une autre fibre plus sensible et inspire une commisération profonde avec une volonté d'entr'aide.

Il faut donc, à l'étudiant en médecine, l'amour du prochain qui lui donne la joie de pouvoir lui porter un secours efficace. Science et dévouement lui sont indispensables et qui ne se sent pas assuré de les mettre constamment en pratique doit renoncer à remplir pleinement sa tâche de praticien. Voilà pourquoi il importe d'éliminer, avant qu'il soit trop avancé dans sa scolarité l'élève qui n'a pas la vocation sans laquelle on ne fait rien de vraiment bien. Or, c'est à l'hôpital que cette vocation reçoit sa bonne trempe et peut le mieux se juger et c'est le stage hospitalier qui peut servir de pierre de touche pour apprécier la qualité de cette vocation. De tout temps sans doute ces aptitudes de l'étudiant en médecine ont été requises, mais le système d'études avec le stage précoce à l'hôpital, qu'on pourrait appeler le système de la clinique d'emblée, permet le mieux de les juger.

Aussi lorsque, pour mettre un terme à la phase critique que traverse dans notre pays la profession médicale, on a réduit et limité le nombre des étudiants, n'a-t-on pris qu'une mesure bien insuffisante.

En principe, j'ai peu de goût pour la limitation de l'instruction. Mais, dans les circonstances actuelles, c'est l'intérêt national qui fait loi, c'est l'intérêt social qui commande des économies et impose la formation d'un corps médical apte à se développer dans de justes limites. Or, faute de place dans les locaux universitaires, les étudiants trop nombreux ne peuvent plus s'exercer aux travaux pratiques de laboratoire et, faute d'argent, le personnel des maîtres ne peut suffire à l'enseignement. Il faut donc sacrifier les principes.

Mais comment choisir les étudiants qui seront admis à l'entrée dans les Facultés et les Ecoles de médecine, c'est-à-dire à la sortie d'une année préparatoire ou encore au sortir du lycée ? Mais cet examen d'entrée, remplaçant ce P. C. B. avec quelques retouches, ne diminuera pas la série trop chargée des actes universitaires. Il ne portera que sur des notions scientifiques et n'en entraînera pas moins tout le cortège habituel des recommandations et des leçons apprises par cœur. Et surtout faut-il rappeler que la carrière médicale nécessite autre chose que le savoir. Un médecin simplement savant n'est guère que la moitié d'un bon médecin, comme un médecin simplement dévoué n'en est aussi que l'autre moitié. Aux qualités scientifiques, le médecin « complet » doit joindre des qualités morales. Or, pour les reconnaître, chose certainement très difficile, il faut que l'étudiant ait déjà mis à l'épreuve sa vocation et que le contact avec le malade ait fait vibrer en lui une autre corde que celle de la science. C'est donc plus justement après la première année de stage que se place cet examen en tenant grand compte des notes de stage concernant l'assiduité, la bonne tenue, la cordialité de l'élève envers les malades. Le jugement, sans doute, serait délicat et les examinateurs seraient investis d'un genre de responsabilité quelque peu habituel. Mais, grâce au stage précoce, il serait ainsi possible d'arrêter, dans ses études, avant qu'il soit trop tard, l'élève qui n'a pas la vocation ni les aptitudes morales indispensables pour la bonne pratique de la médecine.

Il convient d'ajouter que cette réduction du nombre des élèves aura pour conséquence éloignée celle des praticiens aujourd'hui trop nombreux, du moins dans les centres urbains, et que la moralité des médecins, plus facilement surveillée par les organisations professionnelles, ne pourra qu'y gagner.

Il y a plusieurs manières d'appliquer la vocation médicale, mais toutes

concourent à un but commun, qui est la sauvegarde de la santé. Les soins individuels aux malades en sont la forme la plus usuelle, mais il y a aussi les œuvres collectives. Le praticien, médecin de famille, donne des soins directs à l'individu malade ; sa vocation le soutient dans la lutte trop souvent difficile contre le mal, non moins que dans les moments pénibles qu'il ne manque pas de traverser dans sa vie professionnelle. Mais le développement croissant de la médecine collective a fait naître une autre forme d'assistance aux malades pour laquelle la vocation n'est pas moins nécessaire. Elle consiste dans l'organisation et la mise en pratique des œuvres sociales d'assistance sanitaire. Le médecin des communautés sociales a pour mission de soigner et de préserver les groupes sociaux de toute sorte qui se forment de plus en plus nombreux et variés dans l'évolution de la vie humaine. Dans ce domaine, c'est d'une manière indirecte, par l'intermédiaire de la collectivité, que le médecin prête son assistance au malade. Mais pour s'exercer d'une façon moins directe, le dévouement n'est pas moins nécessaire que dans la pratique individuelle et la vocation y peut intervenir avec autant de zèle et d'activité. De la plus humble infirmière de Croix-Rouge au plus brillant médecin sociologue, il y a place pour tous les dévouements et pour toute l'action bienfaisante de l'hygiéniste et du philantrope.

Toutefois, on peut estimer qu'en pareil cas, le sentiment qui anime la vocation n'est pas tout à fait de la même sorte que celui qui inspire les soins donnés directement aux malades et l'on doit, par conséquent, reconnaître plusieurs genres de vocation médicale. Aussi bien chacun applique-t-il à sa manière sa vocation, suivant son tempérament, son caractère, son génie propre. On pourrait dire qu'il y a des vocations fractionnées. Tel s'intéresse à l'hygiène générale, à la suppression des taudis, tel à l'assistance aux tuberculeux, tel autre à l'hygiène industrielle et à son infinie variété, tel enfin se consacre particulièrement aux soins à donner aux nourrissons, qui séduisent, tout spécialement, comme chacun le sait, la femme médecin. On trouverait sans doute, sous ce rapport, certains traits différentiels entre la vocation de la femme médecin et celle de l'homme. Mais, en définitive, c'est à l'action qu'aboutissent toutes les formes de la vocation : toutes sont utiles et bienfaisantes, toutes sont à cultiver, toutes honorent la profession. La parole même a sa place dans cette œuvre salutaire. L'action, assurément, doit être le complément de la parole et celle-ci ne saurait se substituer à elle; le rôle de la parole est de préparer l'action et de la renforcer. Or, parole, action, peuvent se hausser jusqu'à l'apostolat.

La vocation du médecin peut se répercuter parfois sur le malade. Le feu sacré, élément puissant de la vocation, rayonne en quelque sorte sur l'esprit du malade et allume en lui la confiance dans le médecin qui, soit dans des soins individuels, soit dans des soins collectifs, veille sur sa santé.

Ainsi la vocation du médecin tourne finalement au bien du malade.

Par les bienfaits qu'elle répand dans tous les milieux sociaux, la vocation ennoblit la profession et lui mérite d'être placée en un haut rang de l'échelle sociale. C'est en majeure partie à l'autorité morale que lui confère sa supériorité spirituelle et morale sur la moyenne de ses clients, que doit être fondé le succès du praticien dans sa carrière : supériorité de culture intellectuelle résultant de son instruction générale, supériorité de dévouement et d'actes bienfaisants acquise dès ses études à l'hôpital au contact de la souffrance de ses semblables.

Cette supériorité n'est, d'ailleurs, nullement incompatible avec la juste rémunération de ses services, car, de même que le prêtre vit de l'autel, le médecin doit vivre de son savoir et de son dévouement. Au savoir il peut, avec une certaine modération, joindre le savoir-faire, mais il doit s'interdire le faire-savoir. On ne lui demande pas de faire vœu de pauvreté, mais il doit faire vœu de dignité et n'être redevable de son succès professionnel qu'à sa science et à son ascendant moral, fait en grande partie de conscience, de bon sens, d'esprit de finesse et de bonté agissante.

Fondée, soutenue, accrue par la vocation, son autorité ne laissera point s'avilir entre ses mains une profession noble entre toutes qui a pour idéal une devise qui m'est chère : Savoir le Vrai pour faire le Bien.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

27 octobre. — M. Hartmann. Hirsutisme d'Apert et maladie de Cushing. — M. Boquien. Etude de six observations de scorbut infantile chez des nourrissons alimentés au lait de vache de crèmerie. — M. Tessier. Contribution à l'étude de la maladie de Kussmaul.

28 octobre. — M. Carre. — Comment peut-on prévoir et déceler une résistance à un ou plusieurs antisyphilitiques. — Mlle Gardies. Tumeurs cylindromateuses de l'oreille moyenne. — M. Desbordes. Contribution à l'étude de la distension pyélique.

29 octobre. — M. Leleu. L'ovalocytose. Ses rapports avec l'anémie hémolytique. — M. Guillard. Les formes occlusives des cholécystites aiguës. — M. Arondel. Contribution à l'étude des complications mammaires dans les suites de couches et à leur traitement.

10 novembre. — M. Bignon. A propos d'un nouveau cas authentique de tuberculose transplacentaire. — M. Charles. D'un cas de hernie diaphragmatique traumatique. — M. Bourles. — La maladie des huit jours de l'île de Batz.

11 novembre. — M. Van der Stegen. Méthode génétique et tuberculose pulmonaire. — M. Delerot. La tuberculose miliaire chronique ou granulie froide. Diagnostic et pathogénie. — M. Granier. Considérations sur les épithéliomas survenant sur des cicatrices de plaies de guerre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance annuelle tenue le 20 décembre 1943

Discours de M. Gabriel Bertrand, président.

Notice historique sur les membres et correspondants zoologistes et biologistes de l'Académie des Sciences ayant travaillé sur les côtes des colonies françaises de l'Afrique du Nord et du Nord-Est depuis le XVIIIe siècle, par M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel.

Prix et subventions de l'Académie (voir *Gaz. Hôp.*, n° 24, 10 décembre 1943).

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 7 décembre 1943

Le dégermage du blé. Rapport. — M. Lenoir termine son rapport en demandant à l'Académie de voter le vœu suivant :

La Commission du rationnement alimentaire, considérant que le germe représente au point de vue alimentaire une fraction du blé importante, si ce n'est qualitativement du moins par la qualité de certains de ses constituants (minéraux, vitaminiques, etc.),

Estime : 1° Que l'extraction du germe, au cours de la mouture du blé, constituerait, si elle était généralisée, une opération contraire aux intérêts de la santé publique et qu'il y a lieu, par conséquent, d'interdire cette généralisation ; 2° que le dégermage doit avoir comme unique but d'obtenir la quantité de germes utiles à la préparation des produits médicamenteux ou diététiques, qu'il doit être limité dans les circonstances présentes aux quantités nécessaires à des fins thérapeutiques, telles que ces quantités seraient déterminées par une étude spéciale de la Commission du rationnement pharmaceutique.

Le vœu est adopté.

Sur les variétés multiples du colibacille, agent pathogène, et sur leur unicité fondamentale. — M. H. Vincent. — Les nombreuses variations que présentent certains caractères du colibacille aux points de vue cultural, biochimique, antigénique (ces derniers présentés récemment comme nouveaux) sont connus depuis longtemps. Je les ai rappelées moi-même en 1928. Cette question intéresse la clinique, la symptomatologie, le pronostic et le traitement de la colibacillose. Mais on sait déjà que d'autres agents pathogènes (bacilles typhiques, paratyphiques, cholériques, dysentériques, etc.), présentent des particularités analogues ; que le *Protéus* X19 est agglutiné par le sang des malades atteints de typhus ; que le bacille d'Eberth est parfois agglutiné par celui des malades atteints de typho-bacillose (Ferenczi), et ne l'est pas toujours par celui des typhoïsants, etc., etc.

Cette diversité antigénique n'a pas de relation avec l'immunité. Dans la constitution complexe des bactéries ou des virus, il existe parfois des antigènes communs, d'autres variables, qui expliquent notamment les agglutinations croisées ou irrégulières et n'ont qu'une place secondaire dans la notion de spécificité. En tout cas, *la réaction positive ou négative d'agglutination ou de précipitation ne constitue qu'un critérium relatif d'identité microbienne et surtout ne représente aucune signification d'immunité*. Elle ne saurait, en particulier, être invoquée comme test de la valeur du vaccin antitypho-paratyphique.

J'ai montré autrefois que les colibacilles non pathogènes conservent cependant leur potentiel pathogène et toxigène. Il y a plus. Des saprophytes inertes peuvent acquérir des propriétés virulentes, secréter des toxines, être vaccinants, déterminer l'immunité, produire des sérums « anti », etc. On a créé ainsi des maladies nouvelles (H. Vincent, 1898). Avant les auteurs américains actuels, j'ai même signalé que le vulgaire bacille de la pomme de terre (*B. mesentericus*) qui a des cultures épaisses, rugueuses (nous dirions aujourd'hui de caractère *Rough* ou *R*) donne, lorsqu'il est devenu pathogène, virulent et toxigène des cultures *Smooth* ou *S.*, minces, lisses, glacées. Les autres saprophytes offrent la même particularité. Or, ces saprophytes, ainsi évolués, n'en conservent pas moins leur individualité raciale. On peut, en effet, les ramener intégralement à leur type primitif.

De même, le B. Coli, sous ses variétés diverses, et quels que soient ses antigènes secondaires, conserve son entière spécificité, peut reprendre facilement sa virulence, sécréter ses deux toxines neurotrope et entérotrope, tuer rapidement le lapin, donner lieu à un sérum actif antimicrobien et antitoxique, ainsi que je l'ai vérifié expérimentalement et que l'ont confirmé ses nombreuses applications cliniques dans les colibacilloses humaines.

A côté de ses variétés *secondaires* bien connues, *le colibacille présente, en conséquence, des caractères fondamentaux pathogènes, toxigènes et immunigènes* qui lui confèrent sa véritable spécificité. Les autres particularités de ce microbe si dangereux n'ont pas de valeur au point de vue clinique et immunologique, le seul qui intéresse la médecine et la chirurgie.

Discussion. — M. Boivin.

L'anatoxine diphtérique. Vingt années d'application à la prophylaxie de la diphtérie dans le monde et en France. — M. G. Ramon. — Il y a très exactement vingt ans que l'anatoxine a été découverte et préconisée pour la vaccination antidiphérique. A l'heure présente des dizaines et des dizaines de millions d'individus ont bénéficié, de par le monde, de la méthode française de prophylaxie spécifique de la diphtérie. Il n'est guère de procédé d'immunisation qui ait

eu un tel essor universel et qui, de ce fait, ait reçu une consécration plus éclatante en si peu de temps. Les résultats obtenus dans tous les pays comme en France ont démontré l'innocuité comme l'efficacité de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique. Ils entraînent la conviction de voir disparaître la diphtérie comme a disparu la variole, par la pratique systématique, généralisée de la vaccination par l'anatoxine qui, partout où elle a été judicieusement et soigneusement appliquée, a permis une réduction le plus souvent considérable de la morbidité et de la mortalité dues à la diphtérie. De tels résultats sanctionnent enfin l'importance pratique de la découverte annoncée il y a aujourd'hui vingt ans, de l'anatoxine diphtérique et de la méthode anatoxique de vaccination antidiphtérique.

Macrophagie plasmodiale spléno-hépato-ganglionnaire d'origine inconnue. La plasmodose macrophagique. — MM. Noël Fiessinger et Roger Leroux, à l'occasion de deux observations, dont les caractères cliniques communs furent une splénomégalie chronique, une anémie variable à formule leucocytaire normale et des manifestations infectieuses irrégulières, insistent sur une lésion commune retrouvée dans la rate, les ganglions et le foie, sous forme d'une infiltration par d'énormes plasmodes autour desquels se serrent des amas lymphocytaires, sans aucune raison de suspecter une tuberculose. A l'intérieur de ces plasmodes existent des masses amorphes sidéro-calcaires d'aspect feuilleté. Après avoir éliminé la notion de macrophagie d'éléments exogènes, les auteurs mettent en relief les arguments histologiques qui plaident en faveur d'une macrophagie endogène de corps inertes provenant du métamorphosisme à type dégénératif de la substance fondamentale, comme on l'observe à l'égard de dépôts amyloïdes localisés.

Séance annuelle tenue le 14 décembre 1943

Présidence de M. Balthazard, président.

L'ordre du jour comportait :

Le rapport général sur les prix décernés en 1943, par M. Brouardel, secrétaire annuel.

Et le discours de M. Achard, secrétaire général, consacré à la vocation médicale (voir plus haut).

Prix décernés en 1943 : Prix de l'Académie, à M. Huriez, de Lille. — du Prince Albert Ier de Monaco, à M. André Thomas, de Paris. — Alvarenga, à M. Vendryes, de Châtel-Guyon, et une mention honorable à M. Cazal, de Montpellier. — Apostoli, à M. Proux, de Paris. — Argut, à MM. Gineste, de Lille, et Laine de Tourcoing. — Fondation Audiffred. L'Académie accorde les arrérages de ce prix à MM. Olivier et Bonét-Maury, de Paris. — Prix Barbier, à MM. J. Besancon et Lwoff, de Paris. — Boggio, à M. Acher-Dubois, de Plémet. — Bouchet-Renault, à Mlle Pauly et Van Stockum, de Neuilly-sur-Seine. — Bourceret, à M. Quinquaud, de Fontenay-sous-Bois. — Buignet, à M. Lespagnol, de Lille. — Buisson, à M. Briskas, de Paris. — Cailleret, à M. Jacques Polonovski, de Paris. — Capuron, à M. F. Claude, de La Madeleine. — Chevillon, à MM. Monnier, Marot et Lazerches, de Montpellier. — Civrieux, à MM. Lapipe, de Paris et Rondepierre, de Neuilly-sur-Marne. — Clarens, à Mlle Ronchèse, de Nice. — Combe, à M. Delarue, de Paris. — du XIIIe Congrès International de Médecine, à MM. Huet et Nemours-Auguste, de Paris. — Les arrérages de la Fondation Dav, à M. Aitoff, de Paris et une mention honorable à M. d'Heucqueville, de Paris. — Demarle, à M. Moreau, de Paris. — Desportes, à M. Chaptal et Mlle Labraque-Bordenave, de Montpellier. — du Dr Dragovitch, à M. Bachet, de Paris. — de Mme Dragovitch, à Mme Leconte-Lorsignol, de Blois. — Fondation Dreyfous, à M. Jacques Lœper, de Paris. — Prix Dreyfous, à M. Serane, de Paris. — Fournier. L'Académie partage le prix entre MM. Theil, Flandin et Guillemin, de Paris. — Garnier. L'Académie partage le prix entre Mme Maud-Benezit, en religion franciscaine missionnaire sœur Marie N.-D. d'Igny, t MM. Esteoude, de Chauffour-les-Bonnieres et Monal, de Paris. — Godard, à M. Dicesco, de Bucarest. — Gueretin, à M. Mattei, de Marseille. — Guillaumet, à M. Boureille, de Bruxelles. — Les arrérages de la Fondation Guzmann, à M. Welti, de Paris. — Catherine Hadot, à M. Mercier, de Bracieux. — Helme, à M. Nicolle, de Paris. — Herpin (de Genève), à M. Philippe, de Paris. — Huchard. L'Académie partage le prix entre M. Thibaudet, Mme Delbos et Mlle Labroue. — Infroit, à M. Bonét-Maury, de Paris. — Dix parts de 10.000 francs de la Fondation Jansen, à Mme Dobrowolskaia, Mlle Lebreton, MM. Giroux, Guérin, Machebœuf et Basset, Tanret, Desgrez, Lenègre et Soulié, Névot, Bablet. — Prix Laborie, à M. Lance, de Paris. — Larrey, à M. Debenedetti et M. Balgairies, de Clermond-Ferrand. — Laval, à Mlle Blanchet, de Montrouge. — Lefort, à M. Maurice Besançon, de Paris. — Le Piez. L'Académie partage le prix entre Mlle Horn et M. Roy, de Paris. — Leveau. L'Académie partage le prix entre MM. les Drs Guillet, de Lyon, Jacques Fabre et de Brux, de Toulouse. — Les arrérages du Prix Marmottan, à Mlle Dufau, de Paris. — de Martignoni, à Mlle Roule, de Versailles et deux mentions très honorables à MM. Barraud, de Châtelaillon et Pierre Vallery-Radot, de Paris. — A.-J. Martin, à M. Encausse, de Paris. — Maurel, à M. Charonnat, de Paris. — Mège, à MM. Cordier et Delmas, de Paris. — Monbinne, à M. Brion, de Lyon. — Nativelle, à M. Colas, de Paris. — Oulmont, à M. Wolfromm, de Paris. — Pannetier, à M. Stefanopoulo, de Paris. — Berthe Péan, à M. Maclouf, de Paris. — Portal, à M. Jacques Lœper, de Paris. — Pourat, à Mlles Ratner et Mélik-Ogandjanoff, de Paris. — Reynal, à M. Thieulin, de Paris. — Ricaux (*diabète*). L'Académie partage le prix entre Mlle Feder, de Neuilly-sur-Seine et M. Candau, de Paris. — Ricaux (*tuberculose*). L'Académie partage le prix entre Mlle Canonne, de Châteaubriant et MM. Thibault, de Thorenc, d'une part et Tissot, de Saint-Gervais-les-Bains, d'autre part. — Ricord, à M. Henry, de Viroflay. — Robin, à M. Rimattei, de Marseille. — Roussilhe (*dermatologie*), à M. Civatte, de Paris. — Roussilhe (*vénérologie*), à M. Demanche, de Paris. — Marc Sée, à M. Tayeau, de Bordeaux. — Tarnier, à M. Varangot, de Paris. — Testut, partagé entre MM. A. Debeyre, de Lille, J. Debeyre, de Paris et Legait, de Nancy. — Vernois. L'Académie partage le prix entre M. Delga, de Montpellier et M. Le Gall, de Clermont-Ferrand.

Récompenses pour le service de l'hygiène et des maladies contagieuses. — 1° *Rappel de médaille d'or* : M. Mans (d'Amiens). — 2° *Médaille d'or* : M. Muraz (de Paris). — 3° *Médaille de vermeil* : M. Le Gall (de Paris). — 4° *Médailles d'argent* : Mlle Pougeoise (d'Amiens) ; MM. Basse (de Chartres) ; Deschamps (d'Orléans) ; Izard (de Toulouse) ; Montagrol (d'Orléans). — 5° *Médailles de bronze* : Mlle Regnard (d'Amiens) ; MM. Cayla (de Caen) ; Jaujou (d'Ajaccio).

Service de la Tuberculose. — 1° *Médailles d'argent* : Mme la comtesse Le Marois (d'Alençon) ; M. le comte de Simony (de Dijon) ; Mme Viellard (de Belfort) et MM. Abd el Nour (de Mézières) ; Bezançon (de Boulogne-sur-Seine) ; Merle (de Poitiers) ; Prunet (de Bourges) ; Trabaud (de Toulon) ; Vasseur (de Rouen), Vincent (de Nantes).

2° *Médailles de bronze* : Mmes Arestayt (de Champagnole), Barret (de Grenoble), Barthez (de Paris), Berthet (de Grenoble), Bonnin (de Tours), Jovignot (de Paris), Machuret (de Bourbon-Lancy), Millet-Dupuy (de Clermont-Ferrand), Moreil (de Firminy), Piette (de Reims) ; Mlle Forichon (de Châteauroux) et MM. Bahon (de Rennes), Demarquilly (de Vitry-en-Artois), Gigon (d'Angers), Lebouc (de Brulon), Le Falher (de Plussulien), Monnier (de Saint-Julien-de-Concelles), Mugnier (d'Annecy), Satger (d'Agen) et Serenis (de La Rochelle).

Service de l'hygiène de l'enfance. — 1° *Médaille d'or* : M. Maillet (de Paris) ; 2° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. Camus (de Vincennes), Grenaud (de Vichy), Lelong (de Paris). — 3° *Médailles de vermeil* : Mmes Chauvineau (de Paris), Pierre (de Paris) ; Mère Isabelle du Saint-Sacrement (de Neuilly-sur-Seine) ; Mlles Abricossof (de Levallois-Perret), Cassas (de Paris), Comby (de Paris), Hardouin (de Paris), Serin (de Paris) ; MM. Bouissy (de Draguignan), Cadenaule (de Bordeaux), Lasserre (de Nice). — 4° *Rappel de médaille d'argent* : Mlle Chemineau (de Montreuil-sous-Bois). — 5° *Médailles d'argent* : Mmes Fassou (de Paris), Menaud (de Paris), Tronche (de Paris) ; Mlles de Fontenay (de Levallois-Perret), Jurien de la Gravière (de Levallois-Perret) ; Fougeoise (d'Amiens) ; MM. Berge (de Besançon), Briand (de Saint-Maurice), Cojan (de Paris), Delattre (d'Amiens), Jacquet (de Paris), Lafitte (de Lille), Lecat (de Lormes), Longepierre (de Paris), Mans (d'Amiens), Martinet (de Saint-Pourçain-sur-Sioule), Sautet (de Marseille). — 6° *Rappel de médaille de bronze* : Mlles Duchemin (de Montreuil-sous-Bois), Schaeffer (de Montreuil-sous-Bois), Raveau (de Nevers). — 7° *Médaille de bronze* : Mmes Allioti (de Paris), Donati (de Paris), Ferent (de Paris), Fertier (de Bellème), Gay (de Paris), Jupin (de Paris), Michelot (de Paris), Schoenlaub (d'Orléans), Spiess (de Paris), Sœur Lucie (de Paris) ; Mlles Barron (de Paris), Choquet (de Beauvais), Dubain (de Saint-Maurice), Farges (de Gannat), Garnier d'Antony), Logais (de Paris), Patisson (de Paris), Prévot (d'Ecommoy) ; MM. Berthier (de Roches), Hipolyte (de Paris), Mallet (de Paris), Porez (de Lille).

Service des eaux minérales. — 1° *Médailles d'or* : MM. Bergougnan (d'Evian), Forestier (d'Aix-les-Bains), Gaté (de Lyon), du Pasquier (de Saint-Honoré). — 2° *Rappel de médaille de vermeil* : M. Boucomont (de Royat). — 3° *Médailles de vermeil* : MM. Armand (de Montgeron), Courrent (de Rennes-les-Bains), Enselme (de Lyon), Estradère (de Luchon), de Gorsse (de Luchon), Max Vauthey (de Vichy). — 4° *Rappel de médaille d'argent* : M. Vexenat (de Challes). — 5° *Médailles d'argent* : MM. Gaehlinger (de Châtel-Guyon), Lambling (de Bagnoles-de-l'Orne), Langenieux (d'Allevard), Marcotte (de Vittel). — 6° *Médailles de bronze* : MM. Labeyle (de Cauterets), Wibrotte (de Néris).

Service de la vaccine. — *I. Vaccination antivariolique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la Vaccination antivariolique en 1942. — 1° *Médaille de vermeil* : M. Girard (de Paris). — 2° *Rappel de médailles d'argent* : MM. Bossut (de Lille), Rouyer (de Paris). — 3° *Médailles d'argent* : MM. Deparis (de Paris), Drudin (de Paris), Pillot (de Paris). —

4° *Rappel de Médaille de bronze* : M. Chalard (de Paris). — 5° *Médailles de bronze* : Mmes Ogliastri (de Paris), Renaut (de Paris) ; Mlles Benne (de Paris), Pradel (de Marseille) ; MM. Dufour (de Paris), Granon (d'Aix), Martin (d'Aix), Morin (de Paris), Poisson (de Paris).

II. Vaccination antidiphtérique. — L'Académie accorde pour le service de la vaccination antidiphtérique en 1942. — 1° *Médailles de vermeil* : Mme Meunier (de Saint-Denis) ; MM. Besson (de Paris), Besson (de Lille), Faure-Beaulieu (de Paris), Lamy (de Paris), Poulain (de Lyon). — 2° *Médailles d'argent* : Mmes Ducrêt (de Saint-Denis), Noel (d'Ecouen), Recipon (de la Tronche), Tanguy (de la Tronche) ; Mlles Bergougnan (de Vitry), Echalier (de Paris), Thomas (de Paris) ; MM. Bernot (de Vitry), Wallore (de Vitry). — 3° *Médailles de bronze* : Mmes Gunther (de Vitry), Sabbe (de Paris) ; Mlles Cristofini (de Saint-Denis), Cunéo (de Paris), Kerambrun (de Paris) ; MM. Bouchet (de Paris), Mage (de Paris).

Séance du 21 décembre 1943

Rapport. — M. Fabre au nom de la commission de la phyto-pharmacie.

Les enseignements de la cuti-réaction à la tuberculine en milieu campagnard. — M. Maurice-Paul Durand (de Courville), présentation faite par M. Carnot.

Chez les enfants vivant en milieu rural et n'ayant eu aucun contact avec la population citadine. Sur 300 *enfants* de cinq à quinze ans, soumis à la cuti, l'auteur a eu : 65 cutis positives ; 235 cutis négatives, soit 21 p. 100 de cutis positives.

Après quinze ans, il devient presque impossible de fournir des résultats probants, car beaucoup d'enfants quittent le milieu familial et sont placés dans d'autres familles rurales, chez des artisans cantonaux ou dirigés vers les villes.

Plus tard, pour les garçons, c'est le service militaire ou encore, chose déplorable, la désertion définitive des campagnes.

Par contre, beaucoup *de femmes de la campagne* n'ont jamais quitté leur village et, à part quelques heures passées au marché du canton, leur vie entière se passe au foyer rural. On a donc chez elles, des types indigènes exempts des causes contaminatrices des milieux urbains.

L'auteur a pensé que c'était chez elles qu'il convenait d'effectuer des « cuti-réactions », car elles représentaient, seules, l'élément vraiment campagnard, sans autre influence étrangère.

Sur 190 « *pures rurales* » *de trente à soixante ans* il a obtenu : 55 cutis positives, 135 cutis négatives, soit 28 p. 100 de cutis positives.

On voit que *plus des deux tiers* des « pures campagnardes » présentent encore *des « cutis négatives »* et certainement beaucoup — au moins un tiers — gardent ces cutis négatives jusque dans leur vieillesse.

Il semble que les *immeubles-relais* où se fait la contamination et dont la proportion atteint environ dix pour cent sont à rapprocher de ce chiffre.

La lutte contre la tuberculose à la campagne pourrait être très efficace en milieu rural où le repérage est aisé si la persuasion et la conversion des milieux paysans peuvent être obtenus.

L'influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 %. Action sur les fonctions de digestion et d'absorption des glucides. — MM. J. Trémolières et R. Erfman. (Présentation faite par M. Noël Fiessinger). — Les auteurs en étudiant le retentissement sur la physiologie de l'intestin de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 %, ont constaté que l'hyperglycémie provoquée par 300 grammes de pain noir était presque nulle et, de toute façon, inférieure à celle provoquée par une quantité glucidiquement équivalente de pain blanc.

Le phénomène n'est pas lié à un trouble de l'absorption de la muqueuse intestinale car ni le son, ni le pain noir, ni la cellulose ne sont capables de modifier l'hyperglycémie provoquée par le glucose. Par contre, il est corrigé par l'adjonction de diastases amylolytiques.

Les auteurs pensent donc qu'il est possible que les troubles spécifiquement intestinaux engendrés par le pain noir, soient liés à une insuffisance de ferment digestif.

La destruction radicale des poux par une poudre chlorée. — MM. L. Bory et R. Glasser. (Présentation faite par M. Lœper.) — Le benzène hexachloré, tel que l'auteur l'a largement utilisé, s'est montré toujours inoffensif, n'entraînant aucune irritation cutanée, aucun malaise. Voici la formule adoptée :

Hexachlore-cyclohexane cristallisé	3 gr.
Parfum	0 gr. 08
Poudre de talc Q. s. pour..............	100 gr.

Et voici la technique dans les cas d'infestation par *Pediculus capitis* . *Sans lavage préalable*, la tête est saupoudrée avec le contenu d'un sachet de 5 grammes de poudre, puis enveloppée d'un linge ou d'une serviette qu'on laisse en place pendant la durée de la nuit.

Huit jours après, nouvelle application, par mesure de sécurité.

Elections pour l'année 1944. — M. Brouardel est élu vice-président ; M. Pagniez est élu secrétaire annuel ; MM. Jolly et Delépine sont élus membres annuels du Conseil.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1943

A propos de l'ostéosynthèse par broche dans les fractures de la clavicule. — MM. Merle d'Aubigné, Rudler.

Hypothermie postopératoire. — M. Bailliat. — M. J. Gosset, rapporteur.

Une observation de choc grave traité par la rachianesthésie. — M. Suire. — Rapport de M. J. Gosset.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — M. Métivet. M. Rudler rapporte un travail de M. Mario Lebel.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. Boppe apporte la statistique de son service et souligne la nécessité d'un éclectisme thérapeutique.

Lymphosarcome de l'iléon. — M. Querneau. Rapport de M. Mocquot qui souligne le caractère sténosant de cette lésion.

L'hystérectomie vaginale avec résection préalable du col dans le traitement de certains cancers du col au début. — MM. Baillis et Grépinet. Rapport de M. Mocquot qui rejette cette technique.

Etude de la cholédoco-duodénostomie par l'observation radio-clinique. — M. Soupault apporte les résultats de sa statistique personnelle portant sur 20 cas avec 9 malades revus à distance ; six bons résultats définitifs. Pas de reflux en position verticale ; le danger d'angiocholite n'existe que pour les anastomoses faites dans de mauvaises conditions.

M. d'Allaines estime qu'il ne faut faire la cholédoco-duodénostomie qu'en présence d'un cholédoque imperméable.

Séance du 8 décembre 1943

La gastrectomie pour exclusion. — M. d'Allaines en se basant sur huit malades revus à distance estime que cette opération donne des résultats inférieurs à la gastrectomie.

A propos des iléus spasmodiques. — M. Leriche essaie de définir cet état très particulier de l'intestin où le spasme peut être provoqué par une excitation à distance qui déclenche l'état de contracture de l'intestin. L'anesthésie splanchnique au besoin bilatérale paraît devoir être le meilleur traitement de ces accidents.

A propos de deux observations de schwannome de l'estomac. MM. Brocq et C. Neyraud attirent l'attention sur la fréquence relative de ces tumeurs bénignes ; dans 60 % des cas c'est une hémorragie qui constitue le signe révélateur. Les auteurs concluent à la nécessité d'une exérèse par gastrectomie large.

M. Banzet a enlevé un schwannome par exérèse locale ; quatre ans après le malade n'avait pas de récidive.

M. Moulonguet montre la difficulté de l'interprétation des coupes histologiques.

M. Redon apporte une observation personnelle.

MM. Mondor et Olivier rapportent trois observations qu'ils ont opérées.

Tuberculose gastrique. — M. de Fourmestraux a eu l'occasion d'en opérer un cas ; l'allure clinique était celle d'un ulcère.

Election du bureau. — Sont élus : président pour 1944 : M. Bréchot ; vice-président : M. Cadenat.

Ordre des Médecins

(Suite de la page 2)

préconciliateurs donneront leur avis en cas de litige.

L'on peut être assuré que les médecins auxquels seront dévolues ces tâches ingrates ne perdront pas de vue qu'ils ont affaire à des confrères à qui ils doivent leurs conseils, leur aide, leur équité, voire leur bienveillante indulgence.

Après un exposé du Dr Barthe sur les médecins du travail et du Dr Huet sur le fonctionnement de la K. V. D., le professeur Balthazard a clos la réunion en parlant des œuvres d'entr'aide auxquelles le timbre certificat apportera des ressources nouvelles dont bénéficiera la retraite du médecin.

Que doit faire le médecin en présence d'un malade atteint de maladie vénérienne en période de contagion

1° Avertissement au malade du danger de contagion et de l'obligation où il est, de par la loi, de se soigner.

2° Déclaration anonyme de la maladie à l'autorité sanitaire, exemple syphilis secondaire.

3° Enquête auprès du malade pour la recherche du contaminant d'après les renseignements fournis par le malade, convoquer le contaminant supposé (lettre assistante sociale).

4° Si le contaminant supposé est reconnu malade, il doit se soigner près de celui qui l'a convoqué ou près de son médecin.

Dans ce dernier cas, ledit malade doit envoyer dans les vingt-quatre heures, un certificat du médecin traitant confirmant l'exactitude du fait.

5° Si le contaminant ne vient pas à l'examen ou ne fournit pas le certificat demandé, il est immédiatement signalé, surtout s'il s'agit d'une prostituée, à l'autorité sanitaire.

6° Si le malade contaminé ne vient pas régulièrement en traitement, il est averti par le médecin et si l'avertissement est sans effet, signalé également à l'autorité sanitaire.

Le médecin qui néglige d'avertir son malade, ou qui ne fait pas les déclarations exigées par la loi, est justiciable d'une amende de 200 à 1.000 francs.

L'autorité sanitaire est pour le département de la Seine, à Paris, le Dr Spillmann, à la Préfecture de Police.

En Seine-et-Oise, le Dr Vernier, à Versailles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La réforme des études médicales et les concours hospitaliers

A époque fixe revient à l'ordre du jour la question d'une nouvelle réforme des études médicales ; les temps troublés que nous traversons ne pouvaient éviter cette épée de Damoclès. Un court historique rappellera au lecteur la suite des évènements qui se déroulent dans cet ordre d'idées.

M. le Recteur Roussy et le Docteur Cibrie firent adopter, en accord complet avec la Confédération des Syndicats Médicaux et l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, le régime des six ans d'études de doctorat avec maintien du P.C.B. comme « prologue ». D'où sept ans d'études comprenant un programme complet, englobant l'ensemble de la science médicale et rétablissant notamment l'étude indispensable de l'anatomie en deux ans réclamée depuis 1930 par le Professeur Rouvière et nous-mêmes. Ce premier événement remonte à 1936-1937.

L'Ordre des Médecins, dès ses débuts, proclama à son tour sa volonté de mettre sa signature au bas d'un nouveau programme, mais ici les faits s'embrouillèrent, car il sembla exister un certain désaccord entre les Ministres de la Santé publique et de l'Education Nationale, l'Académie de Médecine et les Facultés. Alors, au Conseil National de l'Ordre, une commission spéciale vit le jour.

Nous n'avons contre ses membres aucune animosité, mais nous regrettons qu'ils aient associé leur nom respecté à ce qui nous paraît une grave erreur.

Coup sur coup nous avons assisté à la destruction du P.C.B., à une offensive en règle contre l'enseignement magistral de l'anatomie conçu par ce très grand savant qu'était Farabœuf et à la suppression de cette sixième année d'études que tous les étudiants devaient passer, répartis dans tous les hôpitaux de France et d'Algérie, en qualité de stagiaire-résidant, rétribué, nourri et logé.

Enfin, ces jours-ci, nous apprenons par quelques journaux et par la radio officielle la mort de l'externat et même de l'internat des hôpitaux. Celui-ci, malgré des démentis officiels, nous paraît très menacé.

***

En somme, nous voyons reparaître le plan de nationalisation que le courage et la sagesse de M. Mourier nous avaient évité en 1937 (Voir « Gazette des Hôpitaux » n° 100, 15 décembre 1937, page 1605).

A tout ce désordre il est urgent de mettre fin en réclamant au contraire l'application du projet élaboré par l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris qui vient d'être remis cette semaine au chef du Gouvernement. Nos jeunes camarades ont su développer les idées traditionnelles fort en honneur dans le corps médical français. A la base, ils réclament la sélection et la limitation des étudiants en médecine par l'obligation pour tout candidat au doctorat d'Etat d'être titulaire du baccalauréat classique complet ; ils souhaitent qu'à la culture générale littéraire et philosophique s'ajoute une culture générale scientifique que seul peut donner le programme du P.C.B. aboli pour permettre aux adeptes de la grande facilité l'admission dans le temple d'Hippocrate.

En ce qui concerne la fréquentation hospitalière en première année, l'Association Corporative demande un enseignement clinique élémentaire donné seulement trois jours par semaine dans des services spéciaux et non dans les services de clinique qui, eux, doivent être réservés à partir de la troisième année.

Nos camarades réclament en outre la création de moniteurs de clinique chargés d'instruire les étudiants quotidiennement à raison d'un par groupe de dix. Enfin ils insistent une fois de plus pour obtenir la répartition des étudiants dans tous les services hospitaliers de l'Assistance Publique qui ont un chef de service du Bureau Central ; le nombre de stagiaires serait de ce fait infime par service et tous les étudiants pourraient utilement y travailler.

Le développement de l'enseignement obstétrical, de celui des spécialités pendant trois ans après l'obtention du grade de docteur, l'institution d'une école de chirurgie et le maintien des cadres de la jeunesse médicale recrutés aux concours de l'externat et de l'internat, tout cela constitue un livre important des revendications de l'Association Corporative dont doivent s'inspirer les Pouvoirs publics.

Maurice MORDAGNE.

Dépôt légal. — 1944. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd
Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). — N° d'autorisation 83

N° 2. — 10 JANVIER 1944 — 117e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours d'assistants en chirurgie (5 places) et de **chirurgiens** (4 places). — Le concours d'assistants en chirurgie sera ouvert le lundi 7 février 1944, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage).

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

Les concours de chirurgien des hôpitaux seront successivement ouverts à l'issue du concours d'assistants.

Les inscriptions pour les concours d'assistants en chirurgie et de chirurgien des hôpitaux seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du service de santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de quinze heures à dix-sept heures, du mercredi 5 janvier au lundi 17 janvier 1944 inclusivement.

Concours de médecins (6 places). — Ce concours sera ouvert le lundi 14 février 1944, à 9 heures, à l'Administration centrale, Salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage).

Les inscriptions seront reçues au Bureau du service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 15 heures à 17 heures, du jeudi 13 janvier au mardi 25 janvier 1944 inclusivement.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste (1 place). — Ce concours sera ouvert le mardi 29 février 1944.

Inscriptions du vendredi 4 au lundi 14 février 1944 inclusivement, de 15 à 17 heures, tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés) à l'Administration centrale 3, avenue Victoria, Bureau du service de santé (escalier A, 2e étage).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours d'attachés d'électro-radiologie (8 places). — Ce concours sera ouvert le lundi 20 mars 1944, à 9 h. 30.

Inscriptions du jeudi 17 février 1944 au mardi 29 février 1944 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du service de santé (escalier A, 2e étage).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par correspondance.

Concours d'électro-radiologiste des Hôpitaux. — 2e concours (1 place). — M. Liquier a été nommé. — 3e concours. Jury définitif. — MM. Maingot, Mallet, Thibonneau, Truchot, Desgrez, Porcher, Ordioni. — Médecin : M. Paisseau. — Chirurgien : M. Welti.

Concours de l'Internat (1943). — Oral. — Séance du 10 janvier. — Questions sorties : Diagnostic des tumeurs du sein ; Signes, diagnostic et traitement de l'angine diphtérique commune.

Notes : MM. Guy (Edouard), 16 ; Bertrand (Jean), 15 ; Téqui (André), 17 ; Von Essen, 15 ; Baudoux, 19 ; Bouffard, 16 ; Voisin, 14 ; Chardin, 27 ; Barral, 20 ; Génevray, 20.

Concours spécial de l'Internat. — Ce concours spécial, dont les conditions sont les mêmes que celles du concours annuel, sera réservé aux élèves externes en médecine des Hôpitaux de Paris des promotions 1938 et antérieures ayant été mobilisés et n'ayant participé à aucun des concours annuels d'internat ouverts depuis le 1er octobre 1941. La première épreuve du concours aura lieu le lundi 21 février 1944, à 9 heures, à la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage). Inscriptions à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours, samedis dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures depuis le lundi 24 janvier jusqu'au 1er février 1944 inclusivement.

Préfecture de Police

Maison de Saint-Lazare. — Un concours pour la désignation de trois internes titulaires et de six internes provisoires sera ouvert le 6 mars 1944. S'inscrire avant le 5 février à la Préfecture de Police (Sous-Direction du Personnel).

Facultés de Province

Lyon. — Sont déclarées vacantes :

La chaire de chimie organique et toxicologie (dernier titulaire : M. Morel, retraité).

La chaire de médecine expérimentale et bactériologie (dernier titulaire : M. Fernand Arloing, retraité).

La chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Patel, retraité).

Toulouse. — M. Jacques Fabre, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur d'anatomie pathologique en remplacement de M. Lafforgue, retraité.

Santé publique

Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens dentistes, les conseils régionaux de l'Ordre des Médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région de Lille

M. Portebois, chirurgien dentiste, à Lille (Nord).
M. Gras, chirurgien dentiste, à Roubaix (Nord).
M. Toulotte (Jean), chirurgien dentiste, à Lens (Pas-de-Calais).
M. le Dr Wagon (Louis), stomatologiste, à Paris-Plage (Pas-de-Calais).

Region de Bordeaux

M. le Dr Maronneaud, stomatologiste, à Bordeaux (Gironde).
M. Fabre, chirurgien dentiste, à Bordeaux (Gironde).
M. Larrea, à Bordeaux (Gironde).
M. Flochet, à Dax (Landes).

Région de Poitiers

M. Cromont, chirurgien dentiste, à Niort (Deux-Sèvres).
M. Sarotte, chirurgien dentiste, à Cognac (Charente).
M. Labarthe (Etienne), chirurgien dentiste, à Saintes (Charente-Maritime).
M. le Dr Ragaine, stomatologiste, à Poitiers (Vienne).

Région d'Orléans

M. Dupuis, chirurgien dentiste, à Orléans (Loiret).
M. Ringes, chirurgien dentiste, à Saint-Amand (Cher).
M. Lamy, chirurgien dentiste à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).
M. le Dr Foubert, stomatologiste, à Chartres (Eure-et-Loir).

Région de Limoges

M. Pous (André), chirurgien dentiste, à Bergerac (Dordogne).
M. Dutheil, chirurgien dentiste, à Limoges (Haute-Vienne).
M. Ragot, chirurgien dentiste, à Issoudun (Indre).
M. le Dr Bussy, stomatologiste à Lubersac (Corrèze).

Région de Montpellier

M. Plages, chirurgien dentiste à Quillan (Aude).
M. Brouze, chirurgien dentiste à Espalion (Aveyron).
M. Charvin, chirurgien dentiste, à Mende (Lozère).
M. le Dr Favier, stomatologiste, à Montpellier (Hérault).

Région de Lyon

M. Gignoux, stomatologiste, à Lyon (Rhône).
M. Viard, à Annonay.
M. Priolet, à Roanne (Loire).
M. Vaisse, à Lons-le-Saunier (Jura).

Région de Grenoble

M. le Dr Seiler, stomatologiste, à Bourgoin (Isère).

M. Pelossier (Jean), chirurgien dentiste.

M. Rouvier (Félix), chirurgien dentiste, à Aix-les-Bains (Savoie).

M. Pethellaz, chirurgien dentiste à Rumilly (Haute-Savoie).

Sanatoriums publics. — Est rapporté l'arrêté (27 novembre 1943) nommant M. le Dr Benau, médecin directeur du Sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron).

M. le Dr Corre, médecin directeur du Sanatorium de Saint-Gobain, est nommé médecin directeur du Sanatorium Fenaille.

M. le Dr Hamon, médecin adjoint au Sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet, a été affecté, en la même qualité, aux Sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

M. le Dr Chevalier a été nommé médecin adjoint au Sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le Dr Depoire a été affecté, en qualité de médecin directeur, au Sanatorium du Petit-Arbois Bouches-du-Rhône).

Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France. — Ont été maintenus pour 1944 : président, M. le Dr Jules Renault, membre de l'Académie de Médecine ; vice-présidents, MM. le Dr Georges Brouardel et le Professeur Tanon, membres de l'Académie de Médecine.

Liste d'actes dont l'exécution est réservée aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine. — Un arrêté en date du 5 janvier 1944 précise que sont considérés comme actes dont l'exécution est réservée aux docteurs en médecine :

1° La prise de la tension artérielle ;

2° La ponction veineuse et l'injection intraveineuse ;

3° L'examen radioscopique et la prise de radiographies.

Exercice de la pharmacie. — Le *Journal officiel* du 6 janvier 1944 publie un arrêté en date du 8 décembre 1943 ainsi conçu :

Les pharmaciens ne peuvent faire dans leur officine le commerce de marchandises autres que celles figurant sur la liste suivante :

Les médicaments. Les produits vétérinaires.

Les objets et articles de pansements.

Les plantes médicinales et aromatiques.

Les produits phytopharmaceutiques.

Les produits utilisés dans l'art dentaire.

Les produits de régime.

Les produits alimentaires spécialement destinés aux enfants, aux vieillards et aux malades.

Le pastillage et la confiserie pharmaceutique.

Les eaux minérales et produits qui en dérivent.

Les objets et articles destinés à l'hygiène des nourrissons.

Les produits et articles d'hygiène médicale.

Les bandages herniaires.

Les bas et bandes à varices.

Les ceintures orthopédiques et hygiéniques.

Les appareils d'orthopédie et de prothèse, à l'exclusion des articles et appareils dont la destination n'est pas strictement médicale.

Tous les articles et les accessoires utilisés dans l'application de traitement médical ou dans l'administration de médicaments.

Les articles et les objets d'optique médicale et d'acoustique médicale.

Les produits de désinfection, de désinsectisation et de dératisation.

Les produits d'hygiène et de parfumerie destinés à être mis au contact de la peau et des muqueuses.

Les produits chimiques définis ou les drogues destinées à des usages non thérapeutiques, à condition que ceux-ci soient nettement séparés des médicaments.

Médecins consultants de vénéréologie

Par arrêté du 29 juin 1943, sont nommés médecins consultants de vénéréologie :

Région de Lille. — M. le Professeur Bertin, assisté de M. le Dr Dumont.

Région de Laon. — M. le Dr Perin.

Région de Rouen. — M. le Dr Payenneville (1re circonscription) ; M. le Dr Hisard (2e circonscription).

Région de Rennes. — M. le Dr Massot.

Région d'Angers. — M. le Professeur Y. Bureau.

Région de Poitiers. — M. le Dr Le Blaye, assité de M. le Dr P. Torlais, pour la zone interdite.

Région de Bordeaux. — M. le Professeur Joulia.

Région d'Orléans. — M. le Dr Limouzi.

Région de Nancy. — M. le Professeur Watrin.

Région de Besançon. — M. le Dr Durand (1re circonscription) ; M. le Dr Laugier (2e circonscription).

Région de Paris. — Première circonscription : M. le Professeur Gougerot, assisté de M. le Dr Degos ; 2e circonscription : M. le Dr Vernier.

Région de Châlons-sur-Marne. — M. le Dr Vildé.

Région de Limoges. — M. le Professeur Pautrier ; suppléant : M. le Dr Delort.

Région de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Grivaud.

Région de Montpellier. — M. le Professeur Margarot.

Région de Lyon. — M. le Professeur Gaté.

Région de Marseille. — M. le Professeur Vigne (1re circonscription) ; M. le Dr Girard (2e circonscription).

Région de Toulouse. — M. le Dr Bergès.

Région de Grenoble. — M. le Dr Juvin.

Cours

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — Professeur Maurice Lœper. — Les médications du jour, les samedis à 10 h. 45. — 15 janvier : Sang conservé et sang frais dans les transfusions, M. le Professeur agrégé Sureau. — 22 janvier : Traitement des troubles de la coagulation, M. le Dr Varay. — 29 janvier : Anémies ferriprives et leur traitement, M. le Dr Mallarmé. — 5 février : Traitement des coronarites, M. le Professeur Aubertin. — 12 février : La prévention et le traitement des embolies en chirurgie, M. le Professeur agrégé Funck-Brentano. — 19 février : Traitement chirurgical des phlébites, M. le Dr Servelle. — 26 février : L'artériectomie dans les artérites, M. le Professeur Leriche. — 4 mars : Les vitamines dans les affections digestives, M. le Dr Lainé. — 11 mars : Nouveaux traitements des oxyures, M. le Dr Hillemand. — 18 mars : Traitement sympathique de la constipation, M. le Dr Faroy. — 25 mars : Produits hormonaux et tube digestif, M. le Professeur agrégé Guy Laroche. — 1er avril : Les antisulfamides, M. le Professeur Nitti. — 22 avril : Sulfamides et staphylocoques, M. le Dr Jean Cottet. — 29 avril : Erythrodermies médicamenteuses, M. le Dr Degos. — 6 mai : Les nouveaux médicaments de la douleur, M. le Professeur Hazard. — 13 mai : Traitement endocrinien de la stérilité, M. le Dr Varangot. — 20 mai : Modifications biologiques de l'électro-choc, M. le Professeur agrégé Delay. — 3 juin : Traitement de l'intoxication benzénique, Dr Perrault. — 10 juin : L'opium français, M. le Dr Siguier. — 17 juin : Détoxication par le soufre, M. le Professeur Lœper.

Réunions des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, le dernier jeudi du mois, à 10 h. 30. — 27 janvier : La polyglobulie, MM. Brumpt, Mouquin et Porcher. — 24 février : Traitement médico-chirurgical du cancer du poumon, MM. Jacob, Lemoine et R. Monod. — 30 mars : L'oxycarbonémie, MM. Cottet, Lœper et Truffert. — 27 avril : Les spirochétoses nouvelles, MM. Decourt, Garcin et Mollaret. — 25 mai : Y a-t-il un traitement médicamenteux du cancer ? MM. Arloin, Lœper et Pouneau-Delille.

Collège de France. — Le Professeur René Leriche a commencé son cours le lundi 3 janvier, à 18 heures, salle 6, et le continuera les vendredis et les lundis suivants. Le cours portera sur les maladies artérielles dues à la thrombose.

3 janvier : Travail de recherche en chirurgie. Son orientation. — 7 janvier : Conditions du travail de recherche. — 10 janvier : Thrombose et coagulation. — 14 janvier : Thrombose post-traumatique : plaies sèches des artères. — 17 janvier : Contusion artérielle, rupture, maladie de Volkmann. — 21 janvier : Thrombose dans les anévrysmes. — 24 janvier : Généralités sur les artérites. — 28 janvier : Les thromboangioses et leur symptomatologie. — 31 janvier : Nature et anatomie pathologique de la maladie de Buerger.

4 février : Traitement des thromboangioses : surrénalectomies, gangiectomies, artériectomies, amputations. — 7 février : La calcification de la média. — 11 février : Artérites des vieillards. — 14 février : Gangrène sénile et son traitement. — 18 février : Le cas des diabétiques. — 21 février. — Artérite coronarienne. — 25 février : Thromboses des artères mésentériques. — 29 février : Embolie des artères des membres et les fausses embolies.

3 mars : Traitement des embolies. — 6 mars : Embolie de l'artère pulmonaire. — 10 mars : Traitement de l'embolie de l'artère pulmonaire.

(*Voir suite p.* 29)

ly
prad
(1) M.
943.

REVUE GÉNÉRALE

LES SARCOMES PRIMITIFS DE LA TRACHÉE

par

L. Fabre
Chef de clinique

M. Brun
Moniteur de clinique

à la Faculté de médecine de Montpellier

Travail de la Clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale de la Faculté de médecine de Montpellier
(Prof. J. Terracol)

Un cas clinique observé dans le service de notre maître M. le professeur Terracol, a servi de base à la thèse inaugurale de l'un de nous (1), consacrée aux sarcomes primitifs de la trachée.

Notre observation a été étudiée, du point de vue anatomo-pathologique (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1943) et du point de vue clinique (*Montpellier Médical*, 1943, p. 378).

Etiologie

Depuis le premier cas publié par Schrotter en 1868, T. Weinberg, en 1939, n'a relevé, dans toute la littérature médicale, que 35 cas authentiques pour lesquels un examen histologique sérieux ait été fait. Donc, malgré le développement de l'endoscopie, la prédiction de Schiffers est toujours vraie : « *les tumeurs de la trachée restent une maladie d'exception.* »

Ces tumeurs sont observées à tous les âges de la vie, avec une prédominance légère pour les sujets jeunes. L'âge moyen des malades dont nous avons lu les observations est de 26 ans. A côté des causes prédisposantes locales et générales valables pour tous les cancers respiratoires, nous relevons le rôle de l'alcoolisme chronique, de la syphilis et surtout l'abus du tabac, noté par la plupart des auteurs.

Anatomie pathologique

Du point de vue macroscopique :

Ces tumeurs siègent le plus souvent à la partie supérieure de la trachée. Elles sont volumineuses, comblant aisément la lumière trachéale, lisses, sessiles à large base d'implantation. Leur coloration est bleu-rougeâtre. Elles sont de consistance molle et le plus souvent mobiles au gré du courant aérien. Leur accroissement se fait surtout vers la paroi postérieure, avec tendance à l'extériorisation, créant ainsi des fistules et des paralysies récurentielles.

Du point de vue microscopique :

Un caractère structural est commun à tous les types histologiques : la métaplasie épidermoïde de l'épithélium qui revêt leur surface extérieure.

Les sarcomes fibroblastiques (sarcome fuso ou globocellulaire des anciens auteurs) sont les plus fréquents. Leur degré de malignité varie avec le pouvoir fibrillogène de leurs éléments constitutifs, d'où la distinction en sarcomes fibroblastiques fibrillogènes et sarcomes fibroblastiques afibrillogènes. Chez ces derniers, le manque de cohésion des cellules sarcomateuses, rendant l'essaimage facile, explique leur grande malignité.

Plus rares sont les types squelettogènes, les myxo-sarcomes, les sarcome chondroblastiques.

Les sarcomes lymphoblastiques sont exceptionnels si tant est qu'ils existent.

Enfin nous avons observé et longuement analysé un cas d'histio-cytosarcome, développé aux dépens des nombreux éléments réticulo-histiocytaires du chorion de la paroi trachéale. Ce cas est unique, à notre connaissance du moins, dans la littérature médicale.

Clinique

Les modalités de début sont très diverses mais la symptomatologie reste une symptomatologie d'emprunt.

Presque toujours la dyspnée est le symptôme d'alarme. Plus rarement cette phase de début se manifeste par une hémoptysie fractionnée, une toux sèche, quinteuse, irritative, une douleur rétro-sternale profonde. La dysphonie ne s'observe que dans les tumeurs haut situées et pédiculées.

A la phase d'état : les sarcomes de la trachée se traduisent par un syndrome d'obstruction trachéale qui comporte des signes fonctionnels, généralement symptôme d'alarme motivant l'examen, des signes physiques, les plus importants pour le diagnostic, des signes généraux et radiologiques, précieux pour établir le pronostic et connaître les possibilités thérapeutiques.

Les signes fonctionnels

La toux, les douleurs sourdes, durables, l'expectoration muco-purulente, essentiellement intermittente et variable, les modifications de la voix, sont des signes secondaires.

La dyspnée est le symptôme central. Sans polypnée, parfois même avec bradypnée, elle s'accompagne de tirage. Généralement elle existe aux deux temps de la respiration, mais peut-être à prédominance expiratoire dans les tumeurs volumineuses à large pédicule. Enfin elle s'accompagne de cornage (cas le plus frquent) ou de stridor.

Cette « audibilité » à distance constitue avec l'évolution les caractères essentiels de cette dyspnée d'obstruction trachéale. L'évolution est essentiellement progressive, aboutissant, après une phase de dyspnée d'effort, à une dyspnée continue mais il existe toujours des crises paroxystiques dues soit à des spames, soit à des poussées d'œdème et de congestion, soit à la désagrégation de la tumeur.

Les signes généraux

Ils sont d'importance secondaire. L'amaigrissement et l'anémie sont la règle dans toute tumeur maligne. Les accès d'hyperthermie discrète sont dus à l'infection surajoutée et ne doivent pas égarer le diagnostic.

L'hippocratisme des doigts a plus de valeur mais est exceptionnel.

Les signes physiques

Leur recherche, méthodiquement conduite, constitue le temps capital de l'examen.

L'exploration thoracique est d'importance secondaire mais utile. L'inspection montre le tirage. La palpation des creux sus-claviculaires et de la zone cervicale antérieure permet de découvrir les adénopathies. A l'auscultation, on peut entendre des bruits adventices en cas de tumeur flottant dans le conduit aérien.

La laryngoscopie indirecte permet, dans beaucoup de cas, d'affirmer l'existence de la tumeur et d'étudier ses caractères macroscopiques. Le siège, le volume, la couleur, l'aspect, l'insertion et la mobilité sont données avec assez de précision par le miroir laryngien pour les tumeurs hautes, les plus fréquentes ; quelquefois pour les lésions basses, chez des malades dociles.

Dans tous les cas, la laryngoscopie à vision directe et, dans les formes basses, la trachéoscopie s'imposent pour préciser les données précédentes. Les lésions sont souvent masquées par des sécrétions. Leur mise en évidence par aspiration et tamponnement est nécessaire pour permettre la biopsie qui complètera obligatoirement toute exploration endoscopique.

Les signes radiologiques

Doivent être recherchés avant toute manœuvre endoscopique. La tumeur est exceptionnellement visible à l'écran mais l'examen du médiastin peut révéler des adénopathies ou des lésions aortiques rendant délicates les manœuvres endoscopiques.

L'injection intratrachéale de lipiodol sous écran (à la sonde nasale ou la seringue laryngée) permet de préciser le contour, la topographie, l'étendue et le degré de motilité de la tumeur.

Les formes cliniques

Les formes silencieuses. — Il existe une latence absolue jusqu'à l'accident grave asphyxique, souvent mortel, qui en marque le début clinique.

Les formes symptomatiques. — Il existe une forme dyspnéique, une forme dysphonique, une forme dysphagique, enfin les formes broncho-pulmonaires récemment isolées par Villard (J. Villard, *Thèse Lyon*, 1938, n° 21), revêtent trois types distincts : asthmatiforme, pseudo-tuberculeux, pseudo-suppuration broncho-pulmonaire.

Les formes topographiques. — Selon leur localisation, on distingue les formes hautes (jusqu'au troisième anneau trachéal environ) visibles par laryngoscopie indirecte.

Les formes basses sont le plus souvent du domaine de la bronchoscopie, autant du point de vue diagnostic que thérapeutique.

Les formes localisées à la bifurcation sont les plus graves. La biopsie est dangereuse. L'atélectasie pulmonaire unilatérale est possible.

Diagnostic

La clinique découvre l'obstruction trachéale.

La laryngoscopie dans les formes hautes, la trachéoscopie avec examen radiologique dans les formes basses affirment la présence d'un obstacle et analysent ses caractères macroscopiques.

L'examen radiologique permet d'éliminer les tumeurs péritrachéales : goitres, adénopathies médiastinales, anévrysmes.

Les réactions sérologiques écartent la syphilis. Mais si l'aspect endoscopique permet, dans certains cas, de soupçonner la nature de la tumeur (tumeur sessile à large base, lisse, à contours arrondis, revêtant très rarement l'aspect polypoïde) la biopsie est indispensable au diagnostic d'une tumeur intratrachéale et constitue le temps capital de l'examen. L'étude histologique permettant d'affirmer non seulement la nature exacte mais encore la radiosensibilité de la tumeur. En présence de résultats douteux, il convient de renouveler la biopsie jusqu'à quatre et cinq fois. Pour éviter tout danger de perforation il faut prélever sur une végétation ou une masse circonscrite.

Il convient donc de rappeler qu'en présence de toute dyspnée persistante qui ne fait pas sa preuve, l'examen endoscopique et radiologique doit être systématique et qu'en présence de toute tumeur intratrachéale, la biopsie est obligatoire.

Evolution

L'évolution totale est lente, jusqu'à 13 ans. La durée habituelle est cependant de trois à quatre ans.

Ces tumeurs tendent à s'accroître surtout en largeur, comblant ainsi la lumière du conduit, créant des troubles d'obstruction trachéale. La ten-

(1) M. Brun. Les sarcomes primitifs de la trachée. *Thèse Montpellier*, 1943.

dance à l'extériorisation se fait surtout vers la paroi postérieure d'où les fistules œsophago-trachéales.

Les complications au cours de l'évolution : hémothorax, hémoptysies abondantes, compressions médiastinales, paralysies récurentielles, sont rares.

En cas de tumeur pédiculée, des hémorragies parfois mortelles sont observées, dues à l'élimination spontanée de lambeaux tumoraux.

Par contre, les complications terminales sont la règle, aboutissant à la mort par accidents asphyxiques aigus, par affections pulmonaires, par insuffisance cardiaque consécutive à la stase pulmonaire.

Quel que soit le traitement, les récidives locales sont la règle. Elles se produisent dans un délai relativement court variant de un mois à un an.

Pronostic

Trois facteurs interviennent :

La période évolutive, mais le diagnostic précoce n'est pratiquement jamais fait.

La localisation. — Les tumeurs hautes sont découvertes plus tôt et plus accessibles au traitement. Les tumeurs basses et principalement les tumeurs localisées à la bifurcation sont d'un pronostic plus sévère.

Le type histologique. — Les sarcomes fibroblastiques fibrillogènes sont relativement les moins malins.

Dans tous les cas, le pronostic est grave, les moyens thérapeutiques dont on dispose actuellement l'ayant fort peu amélioré.

Traitement

Il a pour but l'ablation de la masse tumorale ou sa stérilisation.

Le traitement médical est donc uniquement symptomatique et adjuvant (antispasmodiques, sédatifs, expectorants, toni-cardiaques, oxygénothérapie).

Les méthodes chirurgicales pures sont : l'ablation par les voies naturelles ou par trachéotomie, la résection trachéale partielle ou totale.

Par voie naturelle, l'ablation de la tumeur se fait avec des risques minimes d'hémorragie. Elle est réalisée par simple curettage ou à l'aide d'une anse froide ou galvanique.

La trachéotomie donne une large voie d'accès et permet l'ablation de la plupart des sarcomes trachéaux quel que soit leur volume et leur localisation. Elle réalise de plus le traitement des accidents asphyxiques aigus.

Les méthodes de résection sont rarement employées et aboutissent en cas de résection longitudinale à des sténoses secondaires graves.

Les méthodes physiothérapiques sont rarement utilisées seules. On utilise la rœntgenthérapie pénétrante et la curiethérapie intratrachéale pratiquée en dix à douze séances de soixante minutes, à trois jours d'intervalle.

Les méthodes mixtes chirurgicales et physiothérapiques sont les plus utilisées. Deux principales sont à retenir : l'ablation endoscopique suivie de rœntgenthérapie (Norsk, Paidopoulos, Hasmann, notre malade). L'ablation par les voies naturelles ou après trachéotomie suivie de la mise en place de tubes de radium (Abbate).

Cependant, bien que le sarcome de la trachée ait surtout une malignité locale, la récidive locale est la règle quelle que soit la méthode thérapeutique mise en œuvre. Plusieurs interventions sont souvent nécessaires, mais l'amélioration des troubles fonctionnels et généraux, les longues survies constatées pouvant atteindre une vingtaine d'années, justifient toutes les tentatives thérapeutiques. Mais, en aucun cas, on ne doit pas oublier que quelle que soit sa localisation « le sarcome est le pire des cancers, il récidive toujours » (Dubreuilh).

BIBLIOGRAPHIE

SCHIFFERS. In *Traité des maladies du larynx et de la trachée*, par Lannois, Lermoyez, Moure et Sebileau, 1921, p. 862 à 983.

MINNIGERODE. Les tumeurs des voies respiratoires et des bronches. *Hand. des Hals. Ohr., etc.*, 1929, p. 481 à 543.

J.-E. BARATOUX. Tumeurs malignes primitives de la trachée. Etude clinique. *Thèse Paris*, 1932, n° 614.

LEROUX Robert. Les cancers primitifs de la trachée. Etude anatomo-clinique. *Annales d'O. R. L.*, 1925, p. 493 à 521.

J. VILLARD. Les cancers de la trachée à symptomatologie broncho-pulmonaire. *Thèse de Lyon*, 1938, n° 21.

SEROUDE, A. Tumeurs malignes primitives de la trachée. *Thèse Toulouse*, 1928.

TOBIAS-WEINBERG. Sarcome of the trachée. Report of two cases. *Am. J. Cancer* (New-York), octobre 1939, n° 2, p. 201 à 208.

GUIBERT H.-L., BETOULIÈRES P. et FABRE L. Un cas exceptionnel d'histiocyto-sarcome de la trachée. Etude anatomo-pathologique avant et après rœntgenthérapie. *Bull. Assoc. franç. pour l'Etude du Cancer*, 1943, p. 55 à 64.

J. TERRACOL, H.-L. GUIBERT et L. FABRE. Un cas exceptionnel de tumeur de la trachée. Etude clinique. *Montpellier Médical*, 1943, p. 378 à 381.

BRUN Marcel. Les sarcomes primitifs de la trachée. *Thèse Montpellier*, 1943. E. Mazel, éditeur, Largentière (Ardèche).

CONSULTATIONS. — V

UN GARÇON QUI TRAVAILLE MAL (1)

Par le Professeur Pierre NOBÉCOURT
de l'Académie de Médecine

Mme de T... me présente son fils, parce qu'il travaille mal ; elle pense, et nous allons voir qu'elle a raison, que le mauvais état de sa santé en est responsable.

Je l'interroge longuement.

Geoffroy (39.5019) a un passé pathologique chargé, tant du point de vue héréditaire que du point de vue personnel.

Dans la lignée paternelle, son père est « très nerveux », son grand-père avait des « crises hépatiques », sa grand'mère est « migraineuse ».

Sa mère est très nerveuse, a du « spasme intestinal, de l'insuffisance hépatique ». Elle est maigre. Sa prolixité est fatigante ; j'ai de la peine à me reconnaître dans ses dires et à obtenir des réponses précises.

Ses deux sœurs, âgées de 14 et de 15 ans, seraient bien portantes. L'aînée a présenté, dans sa petite enfance, les mêmes troubles que lui, mais plus légers.

Elevé au lait de vache, il le tolère mal. Pendant sa première année, il a un eczéma impétiginisé du cuir chevelu. Celui-ci disparaît avec la suppression du lait, reparaît avec sa reprise.

A 4 ans, il maigrit et perd l'appétit. Sa gouvernante le fatigue par de longues promenades à pied. Il a un zona peu fébrile, de courte durée.

A partir de 5 ans, on lui fait suivre des cours. Il a le teint jaune, souvent des vomissements alimentaires, une « colite » avec des selles muco-sanglantes.

Son état s'améliore. Mais il est sujet aux rhino-pharyngites et aux bronchites. On parle de « bronchite asthmatique. » Pendant sa douzième année, il fait une cure à La Bourboule ; le médecin lui permit un traitement externe, mais ne lui fait pas boire d'eau.

Après un retour à Paris, en octobre, il a, pour la première et seule fois, de l'urticaire.

Actuellement il a bon appétit et il mange beaucoup. Chaque jour, il a deux selles copieuses, souvent malodorantes (cela se passait avant la guerre).

Il est impatient, irritable, émotif, agité. Il remue sans cesse. Parfois il bégaie. Son sommeil est mauvais, troublé par des cauchemars ; il s'endort difficilement.

Il joue avec excès, jusqu'à tomber de fatigue. Il a alors, dans la soirée, après vingt minutes de repos, une température rectale de 37°7, tandis que les jours où il est calme, elle est de 37°1.

Il travaille à la maison avec une institutrice et très mal. Il est distrait, ne peut fixer son attention, n'écoute pas. Les punitions, les promesses de récompense n'ont aucun effet. On exige beaucoup de lui, le père trouve qu'on ne le fait jamais assez travailler.

Son état nerveux, son mauvais travail s'exagèrent à certaines périodes. Son teint jaune habituel, ses troubles digestifs sont alors plus accentués.

Ayant recueilli ces renseignements, je procède à l'examen.

Geoffroy est âgé de 12 ans 9 mois.

Il paraît grand et un peu maigre.

Sa taille de 148 cm. 5 est supérieure de 4 cm. ou 2,7 pour 100 à la taille moyenne (144 cm. 5) des garçons de son âge ; c'est celle d'un garçon de 13 ans 7 mois. Son poids de 33 kg est conforme à celui de l'âge (33 kg. 300), inférieur de 4 kg. 800 ou 12 pour 100 au poids conforme à la taille (37 kg. 800). Son périmètre thoracique, à la hauteur de l'appendice xiphoïde mesure 64-69 = 66 cm. 5 ; il est intermédiaire entre le périmètre conforme à l'âge (65 cm. 5) et celui conforme à la taille (68 cm. 5).

Somme toute, la taille est moyenne, le poids un peu insuffisant, sans maigreur véritable.

Le teint est pâle, grisâtre, un peu jaune. Les traits du visage sont fatigués, un peu vieillots.

Les dents sont mal implantées, les premières grosses molaires inférieures (dents de 6 ans), cariées. Les deuxièmes grosses molaires (dents de 12 ans) sont sorties.

La langue est normale, le pharynx rouge et granuleux ; les amygdales palatines sont petites. Il n'y a pas de gêne de la respiration nasale pouvant faire penser à des végétation adénoïdes.

L'examen des organes et du système nerveux ne révèle rien de notable.

Il est évident que Geoffroy ne jouit pas de la santé. Il a présenté et présente des manifestations témoignant qu'il est entaché de la *diathèse neuro-arthritique* et, d'un fonctionnement défectueux du foie, de *dyshypohépatie*, en bref, de *neuro-hépato-arthritisme*. Rappelons, pendant la première enfance, la mauvaise tolérance pour le lait de vache et l'eczéma impétiginisé du cuir chevelu, les troubles digestifs, les bronchites asthmatiques, l'urticaire, le teint jaune, les manifestations nerveuses.

---

(1) *Avec cette consultation prend fin la série des travaux qu'avait bien voulu nous confier notre éminent et si regretté collaborateur, le professeur Pierre Nobécourt.* N. D. L. R.

L'*hérédité* neuro-arthritique et hépatique explique cette constitution et ce tempérament ; ses effets sont d'autant plus manifestes qu'elle existe dans la lignée paternelle et dans la lignée maternelle. *L'hérédité hépatique* est une des plus affectives et des plus fatales.

Pour le *nervosisme*, à côté de l'hérédité, entre en jeu l'influence du *milieu familial* et de l'*éducation*. A vivre dans un milieu de gens agités, l'enfant le devient lui-même.

Quoi qu'il en soit, dans son état de santé, Geoffroy ne peut suivre un enseignement, que suivent d'ailleurs difficilement beaucoup d'enfants bien portants ou relativement bien portants. Sa mère a raison quand elle le rend responsable de son mauvais travail. Je le lui dis et j'ajoute qu'un traitement peut améliorer cet état de choses.

Les INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES sont : *stimuler les fonctions hépatiques, calmer l'irritabilité nerveuse.*

Je prescris le TRAITEMENT suivant :

I. Donner successivement :

1° Pendant dix jours, trois quarts d'heure avant chacun des trois repas : 60-70 cm³ d'eau de Vichy (Hôpital) tiède, à laquelle on ajoutera VIII à X gouttes soit d'extrait fluide de feuilles de boldo, soit d'extrait liquide de cynara (artichaut).

2° Pendant vingt jours, aux mêmes heures, 90-100 cm³ d'eau d'Evian dans laquelle on fera dissoudre le contenu d'un paquet de :

Benzoate de sodium	0 gr. 20
Bicarbonate de sodium	0 gr. 40

3° Pendant dix jours, dans le courant de chacun des trois repas, mélanger aux aliments le contenu d'un paquet de :

Carbonate de magnésie	0 gr. 20
Kaolin	0 gr. 40
Poudre de végéphos	0 gr. 30

Faire ce traitement trois fois de suite.

II. Alimentation mixte variée, comprenant notamment : bouillies au lait avec des farines diverses, potages de légumes, viandes rôties ou grillées, poisson maigre, jambon, pâtes, pommes de terre, légumes, fromage, petit suisse, yogourth, gâteau de riz, semoule ou tapioca (avec un peu de jaune d'œuf), fruits crus et cuits, confitures.

Pain grillé, biscottes, gâteaux secs.

Pas d'œuf, de chocolat ; peu de beurre.

Comme boisson ; eau pure ou additionnée d'extrait de malt.

III. Chaque jour, faire une lotion d'eau tiède sur tout le corps. Envelopper le corps, sans l'essuyer, dans un peignoir de laine chaud. Coucher l'enfant pendant une demi-heure. Sécher et faire à la main une friction douce avec de la poudre de talc.

IV. Existence calme, bien réglée. Promenades, jeux de plein air, sans excès. Education physique adaptée à l'âge et ayant surtout pour objet de combattre l'agitation et l'instabilité.

V. Ne pas insister, jusqu'à nouvel ordre, sur l'éducation intellectuelle. Séances courtes de façon à ne pas exiger une attention trop prolongée.

VI. Il serait utile de faire vivre l'enfant à la campagne dans un climat sédatif, ou à la montagne d'altitude moyenne (1.000-1.200 mètres), dans une maison d'éducation, sous contrôle médical.

Cette dernière prescription me paraît très importante. Si elle est appliquée, elle aura l'avantage de sortir Geoffroy du milieu familial, de le faire vivre avec des camarades de son âge, enfin de le sortir de de Paris. Les enfants comme lui sont souvent des *inadaptés urbains* : hors de la grande ville ils se portent mieux, ils peuvent travailler plus facilement et avec un résultat meilleur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

22 *novembre*. — Mme DAUPHIN. Contribution à l'étude des hémoptysies foudroyante au cours de la tuberculose pulmonaire.

25 *novembre*. — M. DENIOT. Recherches sur la trichomycose axillaire. — M. LECLEIRE. Les lésions de l'appareil sympathique au cours des sections de brides du pneumothorax artificiel. — M. CUFFEL. L'entéro-anastomose « à la demande ». — M. DESBORDRES. Contribution à l'étude de la distension pyélique.

1er *décembre*. — M. DUBOIS. — Sur un cas anormal de brucellose. — M. LAJOUX. Altérations osseuses au cours des maladies du sang. — M. VIGAT. Images pulmonaires réticulées transitoires au cours de tuberculoses extrapulmonaires chez l'enfant.

2 *décembre*. — M. BOUTET. — Sur deux cas de manifestations pulmonaires non suppurées au cours de staphylococcies. — M. BARLANDIE DE LA ROBERTIE. — Contribution à l'étude des compressions médiastinales par adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses chez l'adulte. — M. POULLAIN. Traitement des épanchements pleuraux récidivants chez les insuffisants cardiaques.

8 *décembre*. — M. MEUNIER. Considérations étiologiques sur la mononucléose infectieuse. — M. BÉRANGER. L'orchidopexie transceptale sans plaie scrotale.

9 *décembre*. — M. GAUTIER. Contribution à l'étude de la technique opératoire de la césarienne abdominale haute conservatrice. — M. CHOVELON. Contribution à l'étude de la pneumonie huileuse.

QUELQUES PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE D'OBSERVATION DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Par André BELEY (de Poitiers)

Certains avis se sont faits jour, récemment, exprimant des doutes sur l'utilité absolue des centres d'observation de neuro-psychiatrie infantile dans l'œuvre de dépistage et de sauvetage des enfants « caractériels » et affirmant que l'existence d'une consultation spécialisée, où l'on examinerait les sujets à plusieurs reprises, était suffisante pour une mise au point exacte et une orientation.

Outre que le centre d'observation peut être considéré comme l'axe véritable de l'organisation pour l'enfance déficiente et devrait à ce titre pouvoir être multipliée sur le territoire, il nous paraît bien difficile, dans l'étude d'un caractère, de se priver des renseignements donnés par la *façon de vivre* de l'enfant. Il ne suffit pas de le placer devant des situations théoriques ; il convient qu'il soit observé à son insu dans ses réactions sociales pratiques.

Le Centre d'observation que nous avons créé à l'hôpital Pasteur de Poitiers, il y a un an, Centre auquel aboutissent tous les dépistages et duquel peuvent partir toutes les orientations, nous a montré qu'il s'agissait là de la pièce maîtresse, *fondamentale*, de l'organisation rationnelle de l'aide à l'enfance déficiente.

Il est avant tout nécessaire que l'enfant puisse « *se libérer* » et *s'exposer* au grand jour ; s'il ne se libère pas, bien des éclaircissements sont déjà fournis par ce fait même.

Le centre d'observation nous sert essentiellement à dégager des formes de *comportement individuel* dans un groupe social réduit, entièrement fabriqué par les enfants, orienté quotidiennement par eux, et dont les membres varient chaque jour.

Nous rappelons que le Centre d'observation est destiné avant tout aux « caractériels », dont toutes les interréacions sont nettement indicatrices et que l'analyse psychologique fait bien souvent se refermer sur eux-mêmes. En permettant à l'enfant de *libérer sa personnalité* en présence d'autres enfants, il rejette tous les artifices dont peut se servir un adulte dans une consultation.

Enfin le Centre d'observation permet, puisqu'il ne s'agit que d'un temps limité de séjour, le mélange du délinquant primaire et du non-déliquant, expérience pleine d'enseignements pour l'observateur.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur la *multiplicité* nécessaire des voies de dépistage, cette multiplicité et cette diversité étant le facteur essentiel de la réussite de l'œuvre entreprise. Le but auquel il faut atteindre est le suivant, aucun enfant donnant des inquiétudes au point de vue caractère et comportement ne pourra être orienté et placé, dirigé pédagogiquement et médicalement qu'après une observation, à la fois minutieuse et vivante, dans un centre de neuro-psychiatrie infantile.

Le *centre départemental*, au siège du Tribunal, est une bonne solution.

Les voies de dépistage au Centre seront donc les suivantes :

1° *La consultation de neuro-psychiatrie infantile*, reliée au dispensaire d'hygiène mentale ;

2° *Les assistantes sociales* du département ;

3° *Le corps médical*, que l'on ne rendra jamais assez attentif à l'importance de la question ;

4° *Le corps enseignant* de toute discipline et à tous les degrés, les instituteurs en particulier, qui auraient intérêt à rechercher des classes homogènes ;

5° *Les magistrats* envoyant *systématiquement* au centre les mineurs délinquants et en prévention.

On y ajoutera le *dépistage fait dans la rue* (sécurité de l'enfant vagabond) par de véritables *assistantes de police*.

Il convient de se persuader qu'un centre d'observation de neuro-psychiatrie infantile constitue une réalisation *très peu onéreuse* ; il y faut des locaux réduits et très peu de matériel, si le personnel doit être *varié* et relativement nombreux.

Le centre comportera au plus 50 lits, divisés en deux sections bien séparées (30 pour les garçons, 20 pour les filles). Tous ces lits seront en dortoir, sauf un ou deux en pièces d'isolement (en cas de nécessité provisoire).

En dehors des dortoirs très vastes, il y aura le minimum de pièces (réfectoire, office, classe, bureau et pièces d'examen) et elles seront petites. De même les cours de récréation, directement annexées au centre, seront de surface très limitée, mais il y aura intérêt à ce qu'elles soient elles-mêmes entourées de vastes jardins. Des cours aux jardins les barrières seront à peu près fictives, mais les jardins seront clos.

Les tentations d'évasion doivent être grandes. La façon de rechercher ces évasions sera elle-même indicatrice.

A locaux réduits, personnel relativement nombreux, tel est un des premiers principes d'une observation fructueuse.

Quoique aussi déguisée que possible, cette observation sera *multiple* et *continue*. Le personnel entier doit y participer et, chaque jour,

chaque enfant sera vu et interprété par des yeux et des conceptions dont la diversité viendra de la différence des fonctions sociales.

L'ensemble des observations, notées au jour le jour et avec le maximum de spontanéité, converge, à dates fixes, vers le *médecin psychiatre* qui le joint aux siennes propres.

A côté du médecin-chef se trouve en permanence *l'assistante sociale* spécialisée qui, en dehors de son travail d'enquête, facilitera et dirigera les curiosités observatrices ; une *infirmière diplômée* est à la disposition du service chaque fois que des soins médicaux l'exigent.

Dans chaque section (garçons ou filles) un *éducateur* ou une *éducatrice*, soigneusement formés, réside au centre même, donne les directions morales générales et assure la continuité de l'observation. Quotidiennement un *instituteur* ou une *institutrice* est chargée d'occuper les enfants en dehors des jeux ou des travaux libres : sa fonction est davantage de *sonder* les capacités et les procédés scolaires individuels que d'enseigner. Enfin, des *surveillants* et surveillantes, de jour et de nuit, seront particulièrement *triés* pour veiller à la garde des enfants et à l'entretien matériel des bâtiments.

Nous sommes guidés au centre d'observation de l'hôpital Pasteur par deux principes essentiels :

1° Les enfants sont placés au centre pour un *temps limité*, non pour être éduqués, mais pour *être observés tels qu'ils sont ;*

2° Ils doivent pouvoir *vivre à peu près librement*, mais en *vase clos.*

Nos méthodes d'observations sont divisées en trois catégories :

1° *Les méthodes dites spontanées.* Ce sont de loin les plus importantes puisqu'il s'agit avant tout de laisser s'épanouir entièrement des caractères.

Elles tiennent presque tout entières dans l'atmosphère de *liberté totale* qui doit régner à l'intérieur du centre, liberté qui doit *toucher* parfois à la *licence.* Et c'est là qu'est particulièrement délicate la tâche de l'éducateur qui doit savoir faire marche arrière avec délicatesse après avoir *laissé aller.*

Il est évident que cette liberté doit être cependant *encadrée* et l'on trouve un encadrement suffisant dans l'existence d'un simple emploi du temps très régulier, comportant quotidiennement quelques petites disciplines gênantes. Car le caractériel qui se heurte aux disciplines dures se heurtera de la même façon et avec la même activité de réactions aux *obligations douces* (repos allongé obligatoire du début de l'après-midi par exemple).

Si la nécessité s'impose de sanctions elles doivent être essentiellement *variées :* rien ne doit être prévu dans ce domaine, et tout *barème* de punitions faussera inévitablement le comportement de l'enfant. Ces sanctions seront sans dureté matérielle et cherchant à atteindre l'enfant dans toutes ses tendances instinctives.

On se promènera souvent en groupes.

Le travail manuel sera facultatif : on pourra jouer ou rendre service, lire ou aider au ménage, rester étendu (en dehors des heures scolaires) ou demander à effectuer des travaux de jardinage.

2° *Les méthodes demi-spontanées :*

a) *Les épreuves pratiques observées :* réactions et comportement de l'enfant en face d'une situation sociale qu'il se sera lui-même façonnée par rapport à ses camarades ;

b) Matin et soir, une heure de « *travail libre* », occupations adoptées spontanément ;

c) Distribution de *responsabilités morales* par rapport à l'ensemble du groupe : on étudiera la façon dont elles sont accueillies et exercées, comment aussi l'enfant les aborde lui-même ou s'en libère progressivement ;

d) Création dans le groupe de *fictions collectives*, ne pouvant avoir de conséquences morables véritables, mais permettant d'observer les réactions individuelles à cette occasion.

Ces méthodes visent à *l'étude psychosociale de l'enfant* vivant, de toute sa vie spontanée, en groupes, grâce à elles, il est possible de rejeter l'ensemble des tests dits caractériels.

3° *Les méthodes organisées.*

En plus des *tests intellectuels* divers (de répétition, de synthèse créatrice, d'imagination pure, etc.), ce seront les *sondages scolaires* quotidiens.

Les tests moteurs seront soigneusement pratiqués.

Enfin les méthodes d'investigation, biologiques et médicales, seront aussi complètes que possible.

A chaque dossier, enfin, est jointe naturellement l'*enquête sociale* très soigneuse, de même que, s'il y a lieu, les renseignements d'ordre judiciaire.

Nous n'avons exposé ici très brièvement que le cadre de fonctionnement d'un Centre d'observation et la place de l'*analyse caractérielle* qui peut être faite de l'enfant grâce à ce Centre.

A la suite viennent les techniques *d'interprétation psychologique* qui exigeraient un autre développement, et qui mènent aux *conclusions d'orientation* et aux *propositions judiciaires.*

Nous sommes absolument persuadés que l'existence d'un nombre important de tels Centres entraînerait inévitablement la création d'Instituts médico-pédagogiques qui, répartis sur le territoire, suffisamment vastes et compartimentés, résoudraient pour une bonne part le problème de l'enfant caractériel.

ACTUALITÉS

ABATTAGE CLANDESTIN ET TRICHINOSE

Par R. Levent

Depuis longtemps la trichinose n'était plus qu'une curiosité historique et parasitologique ; autrefois ses séjours de prédilection étaient peu nombreux : Allemagne, Russie, Amérique du Nord où les mesures d'hygiène publique en avaient eu rapidement raison.

Mais dans ce domaine particulier aussi les bouleversements actuels se sont répercutés ; la valeur et la fragilité des précautions prises ont été confirmées à la fois. Une petite épidémie sur le front oriental a permis à Linneweh (1) de confronter l'enseignement classique et l'observation récente et de montrer que l'oubli n'est jamais de saison.

Ce qui a eu lieu dans l'Est peut actuellement se produire partout où l'abattage clandestin livre ses produits à des cuisiniers peu consciencieux, peu compétents ou seulement mal outillés. Et il est désirable pour limiter les épidémies que les premiers cas d'une maladie rare soient dépistés autrement que grâce à une chance tardive.

Un détachement de 23 hommes gardait un dépôt de matériel récupéré. Isolés de toute unité pouvant les prendre en subsistance ces hommes s'étaient procurés dans une ferme voisine un porc malheureusement parasité, ils l'abattirent ; en prévision des mauvais jours, ils en firent pour partie de saucisses fumées et consommèrent le reste sous forme d'un hachis que, par goût ou par économie, ils consommèrent cru.

Rappelés à leur corps, les 23 contaminés furent ensuite dirigés vers une nouvelle unité et y partagèrent avec de nouveaux camarades le saucisson infesté.

Total : 60 victimes dont l'auteur a pu suivre de près l'histoire clinique.

Les conditions dans lesquelles ont été suivis les malades ont permis de corroborer les notions classiques et de les compléter en les rénovant.

La statistique générale de cette épidémie : 24 cas légers, 10 moyens, 26 graves (parmi lesquels 14 graves et 1 moyen se sont terminés par la mort) comporte une mortalité de 25 %, donc conforme aux données classiques qui évaluaient la mortalité possible à 30 %. Il est difficile de porter, dès le début de l'évolution, un pronostic bien motivé.

La durée d'incubation qui varie classiquement entre 1 et 30 jours, avec d'amples variations, s'est, dans la présente épidémie, montrée de 7 à 11 et 14 jours selon que les cas étaient graves, moyens ou légers.

Il est remarquable aussi que les incubations courtes correspondent souvent aux cas où l'éveil est donné, dès les premiers jours, par une diarrhée qu'en dehors de l'épidémie on ne considérerait pas comme suspecte. Elle dénote la violence de l'irritation intestinale due à la présence des parasites et n'est, en aucune façon, l'indice d'une défense intestinale. Même en dehors de la diarrhée, d'ailleurs, c'est dans les cas graves que l'évolution est la plus courte.

Enquête et examen microscopique ont montré la relation directe entre la richesse du repas en parasites et la gravité de l'infestation.

Conformément aux données classiques ce sont, dans la moitié des cas, les troubles gastro-intestinaux qui ont marqué le début clinique : diarrhée, plus rarement douleurs abdominales et vomissements. Dans près de la moitié des cas les signes initiaux ont été des douleurs musculaires, ou de l'œdème palpébral, ou leur association ; exceptionnellement une simple poussée thermique. Tous signes d'autant plus précoces et plus intenses que le cas est plus grave.

La recherche hématologique montre chez tous les malades la constance de l'éosinophilie à partir du 10e jour au plus tôt, du 35e jour au plus tard.

L'aspect général des malades est aisément reconnaissable pour un clinicien expérimenté : sujets fiévreux, à la face gonflée, couchés immobiles dans leur lit, bras et jambes repliés, souffrant au moindre mouvement au point qu'ils ne peuvent s'alimenter ni boire seuls. L'appétit est nul, la soif intense.

La musculature est douloureuse, non seulement aux mouvements même passifs, mais au simple palper ; elle a une consistance molle particulière. Les muscles du mollet semblent pris en général les premiers et la flexion dorsale du pied est le premier mouvement passif douloureux ce qui constitue un bon signe de diagnostic précoce.

L'œdème facial, surtout prononcé aux paupières, persiste durant toute l'évolution. On peut aussi constater l'œdème à la jambe et au pied, au palais, à la luette ; il s'associe parfois à l'urticaire, à une tendance hémorragique en rapport avec l'importance de l'infestation. Le plus souvent hémorragies sous-cutanées au niveau des membres ou hémorragies sous-conjonctivales ; deux fois hémorragies cérébrales avec hémiplégie, troubles de la parole et de la déglutition. Elles apparaissent, en général, 2 à 3 semaines après le contage.

La tension artérielle s'abaisse nettement vers la 4e semaine et reste basse avec une réaction hypotonique du système artériel qui est constante et persistante, même chez des malades légers.

A noter aussi la fréquence des thrombus vasculaires. Sept fois Linneweh a observé des embolies pulmonaires qui, dans trois cas, ont causé directement la mort.

(1) Dr W. Linneweh, *Zentralblatt für innere Medizin*, 31 juillet-7 août 1943.

Le cœur se dilate légèrement ; au début de la période fébrile apparaît de la bradycardie qui, après 4 à 6 semaines, fait place à de la tachycardie que la température ne suffit pas à légitimer. Ce changement de cadence est d'autant plus précoce que le cas est plus grave.

L'éosinophilie sanguine, déjà mentionnée, est précédée ou accompagnée d'une polynucléose neutrophile légère ou moyenne avec déviation à gauche de la formule d'Arneth. Lymphocytose inconstante à la convalescence pouvant durer plusieurs mois. Quelquefois monocytose.

La fièvre qui peut monter jusqu'à 41° affecte les courbes les plus variées sans aucune proportion fixe — sinon par sa précocité — avec la gravité du cas.

On observe habituellement une sudation abondante qui est, par elle-même une gêne notable ; l'auteur a vu s'y associer parfois de l'urticaire ou un herpès labial ou laryngé.

L'affaiblissement des réflexes est d'autant plus précoce et marqué que le cas est grave. L'examen électrique des muscles montre l'hypoexcitabilité galvanique et faradique. Les nerfs réagissent normalement.

On a parfois observé de l'hypoacousie, une légère réaction méningée, de l'insomnie. Etat intellectuel normal. Rien aux poumons, sauf complication intercurrente (pneumonie, embolie pulmonaire).

Les autres complications notées par Linneweh consistent surtout dans l'exagération de certains symptômes.

La mort a été quatre fois due à des embolies pulmonaires massives, une fois à de l'œdème cérébral ; on a vu aussi de la diarrhée profuse ou des bronchopneumonies.

A l'autopsie, on a toujours trouvé une infestation musculaire généralisée, sans prédominance pour un système musculaire déterminé. Les parasites siégeaient dans les muscles provoquant une infiltration, du gonflement du sarcolemme, de la dégénérescence des fibrilles. Tantôt, ils s'y enkystent ; dans d'autres cas, ils disparaissent laissant à leur suite une zone d'infiltration qui serait peut-être de nature allergique. La calcification des kystes ne paraît débuter que vers le 80e jour.

Neuf mois après cette épidémie, 38 des 45 survivants purent être examinés ; deux seulement étaient en parfaite santé, tous les autres portaient des séquelles : douleurs musculaires le plus souvent, plus marquées pour certaines attitudes ou certains mouvements avec parfois présence de nodosités dans les muscles en cause, séquelles circulatoires très fréquentes aussi ; dyspnée, palpitations, vertiges, altérations électrocardiopathiques. Lymphocytose persistante dans la moitié des cas. Parfois quelques troubles nerveux.

Si dans cette épidémie localisée la clinique a pu trouver de quoi s'enrichir la thérapeutique a continué à montrer son impuissance en dépit d'essais nombreux : benzine, alcool, thymol, arsenic, antimoine, colorants. L'auteur en arrive à dire à peu près qu'associer à la maladie un traitement c'est créer une complication parfois redoutable... Il s'est donc cantonné dans les traitements symptomatiques classiques qui ont surtout pour effet, dit-il, de faciliter au malade la patience. Le calcium intraveineux et *per os*, sans lui paraître aussi remarquable que l'ont jugé d'autres auteurs, lui a paru mériter l'attention comme diminuant douleurs et contractures. Il convient cependant de noter que 5 cmc. de gluconate de Ca à 30 %, injecté dans les veines trois jours de suite, ont donné à certains auteurs une sédation quasi-immédiate et définitive des douleurs et de la fièvre. De plus amples essais sont encore nécessaires et les occasions sont heureusement rares car la trichinose est d'un pronostic sérieux, même au point de vue fonctionnel.

C'est donc la prophylaxie qui reste au premier plan et qui a fait ses preuves : cuisson soigneuse de la viande de porc et examen soigneux des animaux à l'abattoir. Ce qui implique qu'aucune viande n'échappera aux abattoirs surveillés... problème qui attend sa solution mais où le médecin n'a rien à voir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1943

Rapports. — M. FABRE. — 1° Au nom de la Commision des Eaux minérales sur des demandes en autorisation ; 2° sur le fonctionnement des laboratoires des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques en 1943. — M. TRÉFOUEL. — Au nom de la Commission des sérums au sujet du sérum antidiphtérique.

Un champignon pathogène nouveau : glucospora verrucosa. — MM. A. et R. SARTORY.

Les guérisons postopératoires de l'asthme. — MM. FIOLLE et LUCCIONI, ainsi que d'autres auteurs, ont vu des améliorations durables et peut-être définitives de l'asthme à la suite d'opérations, sans aucun rapport étiologique ni pathogénique avec l'asthme. Le choc opératoire n'a pu jouer dans ces cas aucun rôle, non plus que le choc anesthésique ; les succès qui ont suivi aussi bien des anesthésies locales que des anesthésies générales. L'opération chirurgicale en elle-même et à elle seule pourrait donc avoir une action curative d'ailleurs imprévisible.

Discussion : M. LAUBRY. — Les améliorations sont toujours suivies de rechutes dont les chirurgiens n'ont pas à connaître, d'où leur optimisme. Constatation valable pour tous les syndromes où le sympathique joue un rôle.

Tuberculose primitive de la trachée et des bronches. — MM. AMEUILLE, LEMOINE et DIACOUMOPOULOS. — Cette forme, sans signes physiques ni radiologiques, mais qui possède un syndrome fonctionnel particulier, comporte l'expectoration massive de bacilles. A la bronchoscopie un enduit crémeux compact et très adhérent rétrécit le calibre bronchique et recouvre une ulcération torpide. Guérison par détersion locale et rayons U. V.

Discussion : MM. TROISIER, BEZANÇON, RIST, LEMAITRE. — Importance sociale et clinique du dépistage de cette variété de cracheurs sains de bacilles.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1943

Sur le traitement des brûlures par les sulfamides en poudre et le sérum physiologique. — M. KUSS.

A propos des schwannomes de l'estomac. — M. QUERNEAU.

La gastrectomie pour exclusion. — M. AMELINE ne la fait qu'en cas d'absolue nécessité et avant tout décollement péritonéal.

M. WELTI utilise le décollement sous-muqueux du duodénum pour éviter de recourir à une gastrectomie pour exclusion.

M. CHARRIER a utilisé cette méthode dans 4 % des cas et insiste sur les faibles indications de cette opération. Les résultats éloignés sont assez bons à condition que l'exérèse gastrique soit large ; sinon elle expose en particulier à l'ulcère peptique.

Psoïtis à pneumocoques survenu 16 ans après une pleurésie purulente. — M. P. LANCE. — M. MATHIEU, rapporteur.

Péritonite chyleuse, épanchement chyleux péritonéal. — M. BARD. — M. QUÉNU, rapporteur.

MM. MOUCHET et R. BERNARD ont observé également des ascites chyleuses.

L'inversion des zones de distension et d'affaissement dans l'occlusion intestinale. — MM. FIOLLE et GRISOLI. — Lecture faite par M. LERICHE.

Coma à répétition par hypotension du liquide céphalo-rachidien à la suite d'un traumatisme cranien. — M. FEREY insiste sur l'intérêt de la ventriculographie.

M. LERICHE montre qu'on peut faire le diagnostic d'hypotension sans avoir recours à cette manœuvre.

A propos d'un cas d'ostéochondrite du genou. — MM. HUC et MOREAU discutent le rôle favorable de la marche dans la recalcification de l'os.

M. LANCE s'élève contre cette hypothèse.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1943

Polynévrite apiolique ascendante rapidement mortelle. — M. P. LECHELLE. — Observation d'une femme atteinte d'intoxication aiguë par l'apiol. Cinq jours après l'ingestion du toxique débuta une polynévrite qui amena la mort par syndrome bulbaire, sans aucun trouble hépatique ou rénal.

L'étude chimique du produit utilisé le montra exempt de triorthocrésyl phosphate.

L'auteur discute le rôle de l'apiol dans l'intoxication.

Leptospirose ictéro-hémorragique mortelle après morsure de rat. — MM. FIESSINGER, LAUT Jacques, MEYER, ERPMANN. — Cas d'ictère grave spirochétosique survenue dix jours après morsure d'un rat d'égout : début brutal, fébrile, avec myalgies, injection conjonctivale syndrome méningé discret, apparition d'ictère le 3e jour avec anurie et syndrome hémorragique fruste. Mort au bout de 9 jours. Autopsie : prédominance des lésions hépatiques et rénales. Séro-diagnostic pratiqué dans le sang, positif pour la leptospirose ictéro-hémorragique.

Ictère catarrhal aggravé. Etude du coma terminal. — MM. J. DECOURT, GUILLEMIN et GORIN. — Cas d'un ictère semblant un ictère catarrhal banal lorsque apparurent une somnolence suivie de coma et des hémorragies. Le volume du foie régressait. A l'autopsie il ne pesait que 700 gr. Trois facteurs produisaient le coma : l'intoxication polypeptidique, l'hypoglycémie et l'acidose. Il semblait s'agir d'un coma hépatique ; mais la cholabémie et la bilirubinémie restèrent élevées à cause de la rapidité de l'insuffisance hépatique terminale.

Manie grave. Echec de l'électro-choc. Succès de l'insulinothérapie. Constatations électro-encéphalographiques. — MM. DELAY et NEVEU. — Jeune fille de 22 ans fut traitée pour un état de manie grave d'abord par l'électro-choc. Chaque séance entraînait une disparition des symptômes cliniques, mais au bout de dix jours le syndrome maniaque réapparaissait. Les auteurs eurent alors recours à l'insulinothérapie : après 16 comas la malade fut guérie, soit après 1.345 unités d'insuline.

Leucose aiguë à plasmocytes. — M. LAMY. — Leucose aiguë chez une femme de 33 ans. Evolution en six mois vers la mort. Le nombre des leucocytes dans le sang atteignit 25.000 et les plasmocytes 37 %. L'examen cytologique montra une plasmocytose diffuse. On connaît seulement six cas semblables. Les traits cliniques, les caractères évolutifs, les lésions histologiques du myélome et de la leucose à plasmocytes en font deux maladies distinctes devant rester séparées.

A propos d'une curieuse image radiologique chez une malade présentant une ectasie extériorisée. — MM. A. Ravina, G. Morin, Y. Pécher et T. Ducourneau. — Les auteurs présentent une femme de 66 ans, porteuse d'une ectasie extériorisée. Les radiographies montrent l'existence d'une opacification linéaire entourant l'ectasie et délimitant un large espace ovalaire sur la partie antérieure et droite de l'ombre cardiaque. Il semble s'agir d'un anévrysme du sinus de Valsalva associé à une péricardite calcifiante.

Sur un cas de chloromyélose. — MM. Fiessinger, Tiffeneau, Laur et Deprez. — Observation d'un cancer vert d'Aran ou chloromyélose : au début, syndrome hémorragique cutanéo-muqueux avec anémie profonde et formule sanguine d'aleucie ; puis syndrome fébrile anémique avec angine ulcéro-nécrotique, leucocytose progressive et myélocytose sanguine. A la fin, apparut un ulcère généralisé. L'autopsie montra que toute la moelle osseuse était colorée en vert, et qu'existaient des lésions d'atrophie rouge aiguë du foie avec des épanchements et suffusions hémorragiques diffuses. Il s'agissait d'un chlorome.

Séance du 3 décembre 1943

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Syndrome de Heerfordt. Sarcoïdes ulcérées des membres inférieurs. — MM. Harvier, Renard, Antonelli, Vignalou et Bonduel. — Observation d'une jeune fille de 22 ans, atteinte d'un syndrome de Heerfordt associé à des lésions cutanées des membres inférieurs sous forme d'une infiltration diffuse rappelant l'érythème pernio.

Maladie de Schaumann. Forme hypodermique de Darier-Roussy. Discussion nosologique. — MM. Gougerot, Carteaud et Duperrat. — Les auteurs rapportent deux observations qui confirment cette opinion de Darier que la sarcoïde sous-cutanée est la forme hypodermique de la maladie de Schaumann.

Lésions nucléaires du tronc cérébral dans un cas de paralysie diphtérique avec atteinte multiple des nerfs craniens. — MM. Lemierre, Garcin et Bertrand. — Observation d'un malade qui, après le début d'une rhinite diphtérique présenta un ensemble de paralysies multiples des nerfs craniens, une atteinte du voile du palais et une paralysie des récurrents. A l'autopsie, lésions nucléaires marquées du tronc cérébral. Les auteurs insistent sur l'intérêt de lésions des noyaux des nerfs craniens et pensent que l'atteinte des noyaux de Goll et de Burdach joue un rôle dans la genèse de l'incoordination.

Médiastinite syphilitique avec compression de la veine cave supérieure guérie par le traitement spécifique. — MM. Garcin, Kipfer, d'Œlsnitz et Godlewski. — Observation d'une malade chez laquelle une paralysie récurrentielle droite préluda à l'installation d'un syndrome médiastinal grave, d'évolution aiguë. Traitement spécifique institué et guérison clinique totale. Remarques sur l'étiologie des pleurésies qui ne paraissent pas être de nature tuberculeuse.

Réticulo-endothéliose lipoïde. Structure épithéloïde. — MM. Gougerot, Duperrat et Bouvier. — Observation d'une malade atteinte à un sein d'une papule étendue lupoïde typique avec ganglions axillaires froids. La tumeur étant enlevée, les coupes montrèrent une réticulo-endothéliose en nappe dense à contours nets, séparés par du collagène sain. Cette observation démontre qu'une lésion lupoïde peut être due à une réticulo-endothéliose.

Un cas de syndrome de Heerfordt. — MM. Harvier et Antonelli. — Malade présentant des sarcoïdes ulcérées des membres inférieurs dont les lésions histologiques étaient semblable à celles de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. En outre, existaient des troubles oculaires rappelant le syndrome de Heerfordt.

Intoxication par le diméthylsulfate et dilatations bronchiques. — MM. Celice, Pelicier, Chadoutaud. — Cette intoxication donne des symptômes immédiats très graves résultant des brûlures des muqueuses dont les séquelles sont très redoutables, comme en témoignent les deux observations rapportées.

Séance du 10 décembre 1943

Sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy et maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — M. Gougerot. — L'auteur souligne la multiplicité des formes cliniques de la maladie de B.-B.-S. et propose de les réunir sous le nom de maladie de Schaumann, en conservant à chaque forme le nom de l'auteur qui l'a décrite.

Leptospirose grippo-typhosa. — M. Celice, Mlle Rocher, M. Chadoutaud. — Observation de l'affection à forme méningée avec deux rechutes ; diagnostic difficile avec la poliomyélite antérieure aiguë en période épidémique et sur la nécessité où connaître les régions où cette affection se rencontre.

A propos d'un cas de schwannome gastrique. — MM. Hillemand, Bergeret, Porcher et Bureau. — Les auteurs insistent sur les caractères qui peuvent permettre le diagnostic clinique. Ces tumeurs présentent assez souvent à leur surface des ulcérations qui répondent à une nécrose et qui peuvent être visibles sur les clichés et à la gastroscopie qui révèle un orifice diverticulaire.

Hypertension artérielle maligne et œdème méningo-encéphalique. Amélioration des troubles oculaires par la trépanation décompressive. — MM. de Gennes, Mahoudeau et Desvignes. — Dans ce cas une trépanation décompressive fit disparaître la céphalée et resta sans action sur la tension artérielle ; la vue fut très améliorée. La trépanation a permis de constater *de visu* l'œdème méningo-encéphalique, conséquence de l'hypertension. Les auteurs discutent l'opportunité d'une trépanation dans certains cas de rétinopathie hypertensive pouvant conduire à la cécité.

Intoxication familiale collective à forme polynévritique par ingestion d'une huile contenant du tri-ortho-phosphate-crésyle (*sur les caractères topographiques et cliniques de cette variété de polynévrite*). — MM. Th. Alajouanine, G. Boudin, Ch. Coury et Cl. Villey présentent trois malades, le père et les deux filles, qui sont atteints de paralysie des sciatiques poplités externe et interne, totale chez les deux filles, incomplète chez le père, avec abolition des réflexes achilléens, absence de troubles sensitifs objectifs, mais avec douleurs musculaires spontanées et provoquées.

Les recherches portant sur leur allmentation ont permis de démontrer qu'une huile, ingérée à plusieurs reprises en salade, contenait du tri-ortho-phosphate-crésyle. Les auteurs insistent sur les caractères topographiques, cliniques et évolutifs de ce type de polynévrite dû au tri-ortho-phosphate-crésyle.

Séance plénière tenue le 17 décembre 1943

M. Huber, secrétaire général, prononce les éloges de MM. Milhit, Sergent, Gandy, Nobécourt.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 7 décembre 1943

Trois cas d'atélectasie pulmonaire au cours d'états toxiques du nourrisson. — MM. Levesque, Perrot, Le Boyer et Calleret ont découvert à la radio une atélectasie pulmonaire chez trois nourrissons qui présentaient des signes de broncho-pneumonie. Tous trois ont été opérés d'oto-mastoïdite double, avec deux guérisons.

Les auteurs insistent sur le fait que ces atélectasies étaient indépendantes de toute broncho-pneumonie et signalent l'existence d'un foyer infectieux responsable de l'état toxique.

Trois cas de paralysie sciatique poplitée externe après injection intramusculaire de sulfamides. — MM. Levesque, Perrot et Boudin ont observé deux fois une paralysie bilatérale et définitive et une fois une paralysie unilatérale et passagère. Pour rares que soient ces complications, elles leur ont fait renoncer à l'administration de sulfamides par voie intramusculaire.

Stridor laryngé chronique chez un nourrisson par corps étranger pharyngo-œsophagien. — M. R. Bourgeois relate l'observation d'un nourrisson de 14 mois atteint de stridor et de troubles de la déglutition qui auraient débuté à la suite d'une broncho-pneumonie traitée avec succès par les sulfamides. Ultérieurement, l'enfant fut opéré sans résultat des végétations. Une radiographie montra l'existence d'un corps étranger volumineux dans l'hypopharynx et la laryngoscopie révéla des déformations de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes. L'avulsion eut lieu sans incidents, mais le stridor ne disparut qu'au bout de quatre mois.

Hémorragies dans les états toxi-infectieux du nourrisson et avitaminose K. — M. Ronier a observé dans huit cas de toxi-infection grave avec hématémèses abondantes ou hémorragies cutanéo-muqueuses chez des nourrissons de moins de 4 mois une hypoprothrombinémie marquée témoignant d'une avitaminose K. Les taux de prothrombine sont revenus à la normale à la suite d'injections de vitamine K en même temps que s'arrêtaient les hémorragies. Deux nourrissons ont guéri contre toute attente ; les six autres ont succombé du fait de la gravité de l'infection.

L'auteur attribue cette avitaminose à la fois à un défaut d'absorption intestinale dû à la diarrhée et à une carence d'assimilation due aux lésions hépatiques toxi-infectieuses.

Le 2339 RP (antergan) en thérapeutique infantile. — M. Anglade apporte les résultats de son expérience sur 30 enfants. La dose active tolérée est de 0 gr. 025 par kilo et par jour ; les accidents d'intolérance surviennent vers le 3e jour et consistent en vomissements, vertiges, pâleurs et lipothymie. Il a vu un cas de grande intolérance chez un enfant ayant absorbé 0 gr. 04 par kilo et par jour : brusquement sont apparus des troubles vasomoteurs de la face avec angoisse, irrégularité de la respiration, mouvements choréo-athétosiques, terreurs nocturnes et hallucinations, oligurie. Ces symptômes ont été calmés par injection intramusculaire de 4 centigrammes de gardénal.

Les résultats les meilleurs ont été obtenus dans les accidents anaphylactiques de la sérothérapie, puis dans les prurits-séquelles de la gale et les manifestations cutanées d'intolérance alimentaire. Ils ont été incomplets, insuffisants et fragmentaires dans l'asthme.

Asthme infantile et variations atmosphériques. — M. Anglade, au cours de recherches poursuivies à Chavagnac, n'a relevé aucun rapport entre les crises d'asthme, d'une part, la pression atmosphérique et la direction des vents, d'autre part.

Inspection médicale scolaire : une expérience en milieu rural. — M. Anglade.

Hémolymphangiome kystique du grand épiploon simulant une ascite. — M. Fèvre.

Kala-azar infantile avec acrocyanose douloureux paroxystique. — M. Barbier-Robertet.

Ataxie aiguë au décours d'une fièvre exanthématique méditerranéenne. — M. Barbier-Robertet.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DU COL DU FÉMUR

Ce sont des fractures fréquentes graves. Pronostic vital : chez le vieillard ; pronostic fonctionnel : fréquence des séquelles.

Le pronostic a été beaucoup amélioré par l'usage des techniques modernes de traitement, et en particulier par l'emploi de l'ostéosynthèse par voie extra-articulaire dans les fractures cervicales vraies.

ETIOLOGIE ET MÉCANISME.

S'observe à tout âge. Classiquement : surtout chez le vieillard (femmes) du fait de l'ostéoporose sénile.

En fait très souvent chez l'adulte et même chez l'enfant.

Causes déterminantes :

Traumatisme direct : ferme l'angle cervico-diaphysaire.
Traumatisme indirect : ouvre l'angle cervico-diaphysaire.

Causes prédisposantes : Les points faibles du col chez l'adulte : en plein col entre l'éventail de sustentation de la tête et le système ogival en dehors.

Chez le vieillard : Basi cervical, là où l'ostéoporose prédomine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous adopterons la classification de Delbet en :

I. — Fractures cervicales vraies : sous-capitales par décapitation, transcervicales.

II. — Fractures cervico-trochantériennes ou basi-cervicales, parmi lesquelles on décrit :

Des fractures cervico-trochantériennes à 2 fragments ;
Des fractures cervico-trochantériennes à 3 fragments ;
Des fractures cervico-bitrochantériennes à 3 et 4 fragments.

I. — *Fractures cervicales vraies :*

Fractures de l'adulte surtout. En fait souvent aussi chez le vieillard.

a) *Forme sans pénétration ou par adduction de Boehler.* Les plus fréquentes sans engrènement, ni pénétration.

Trait de fracture : sous-capital ou transcervical.

Il est oblique, en bas et en dedans : Pauwels décrit trois types de fracture : Le trait ayant son origine sur le bord supérieur du col et allant en divergeant atteindre le bord inférieur en faisant avec le plan horizontal un angle de 30, 50 ou 70°.

Importance *pronostique :* L'absence de consolidation est d'autant plus à craindre que le trait se rapproche davantage de la verticale.

Déplacement constant :

Le fragment *capital* est, dans la règle, entraîné par le fragment externe. La tête se place en rotation interne et, de plus, bascule, la surface cartilagineuse débordant en bas le rebord du cotyle.

Le fragment *externe* se place en rotation externe, adduction, ascension, de telle sorte que les surfaces fracturaires regardent en avant.

Le raccourcissement dû à l'ascension du fragment externe, s'accroît secondairement.

Lésions associées : gros déplacement avec perte de contact des surfaces fracturaires. Déchirure du surtout capsulo-périostique et des vaisseaux sus et sous-cervicaux (certains vaisseaux peuvent être épargnés dans les fractures à trait se rapprochant de l'horizontale ; importance pour la vascularisation du fragment capital).

En outre, il y a quasi constamment interposition fibreuse.

L'évolution spontanée se fait vers la pseudarthrose.

b) *Formes avec pénétration* ou par *abduction* de Bœhler (20 pour cent environ des fractures transcervicales).

Elles sont engrenées, légèrement pénétrées.

Déplacement. — Les deux fragments pénétrés forment un angle ouvert en haut et en avant. Il y a abduction légère du fragment cervical en coxa valga.

Lésions associées. — Le déplacement est peu important et ne s'accroît pas secondairement.

Lésions peu importantes du surtout capsulo-périostique, surtout en arrière et des vaisseaux.

En outre les deux fragments sont en contact intime : Le fragment capital pourra être pénétré et revitalisé par les néo-vaisseaux issus du fragment cervical.

L'évolution habituelle se fait vers la consolidation.

II. — *Fractures cervico-trochantériennes :*

Fractures du vieillard surtout.

a) Fracture *cervico-trochantérienne* à deux fragments. Pénétration et engrènement.

Trait. Dirigé de la fossette digitale suscervicale à la fossette prétrochantérienne.

Déplacement :

Fragment capital en abduction horizontalement placé.
Fragment externe en ascension, rotation externe, adduction.
Pénétration constante du col dans le grand trochanter : d'où attitude vicieuse fixée de coxa-vara traumatique.
Evolution spontanée : consolide en adduction les deux fragments.
b) Autres variétés :
A 3 fragments : plus face postérieure du grand trochanter ;
A 4 fragments : cervico-bitrochantériennes, plus petit trochanter.
En T : Plus un trait à la base du grand trochanter.

Clinique. — Le diagnostic de fracture du col du fémur est facile, celui de la variété de fracture est plus difficile et souvent infirmé par la radiographie.

I. — *Symptômes communs* à toutes les fractures du col :

Symptômes *fonctionnels :*
Douleur vive ; impotence fonctionnelle constante, de degrés variables.
Symptômes *physiques :*
L'inspection fait le diagnostic :

1° *Attitude vicieuse.*

Raccourcissement :

Comparer avec le côté opposé, le bassin horizontal, les épines iliaques antéro-supérieures au même niveau, mettre les membres inférieurs parallèles et symétriques.

Rotation externe.

Adduction dans 75 à 80 % des cas. Abduction légère dans 20 à 25 % des cas.

2° Explorer le bassin, la face externe de la diaphyse. Faire un toucher rectal.

Pour localiser l'affection au segment cervical mettre en évidence l'*ascension du grand trochanter :*

En mesurant la distance spino-malléolaire avec la règle de Delbet : elle est raccourcie ;
Ou en construisant le triangle de Bryant, la ligne de Schumaker ;
3° Déformation du triangle de Scarpa : signe de Laugier :
Pas d'ecchymose ou tardive ;
Elargissement de la région inguino-crurale ;
Rechercher la réductibilité de l'attitude vicieuse (engrénée ou non) ;
Palper le col fémoral en dehors des vaisseaux. Rechercher : un point douloureux, une saillie anormale ;
Palper le grand trochanter : son ascension. Rechercher : son élargissement, un point douloureux ;
Noter accessoirement l'hypotonie des muscles de la fesse et de la fosse iliaque externe.

II. — *Symptômes propres à chaque variété :*

On peut les oppser en un schéma clinique.
En fait le diagnostic est très difficile. La radiographie est indispensable.

A) *Fractures cervicales vraies :*

1° Fractures *non engrenées, non pénétrées*, plus fréquentes. Un adulte souvent.

Signes *fonctionnels* : Impotence absolue du membre inférieur touché.

Signes *physiques :*

Raccourcissement croissant.

Déformation réductible :

Le grand trochanter, au cours de cette manœuvre, décrit un arc de cercle plus court que du côté sain ;

Il se produit un ressaut ;

La déformation se reproduit dès qu'on cesse la traction.

Les signes locaux sont dans le triangle de Scarpa : saillie et point douloureux, localisé plus ou moins en dehors des vaisseaux fémoraux.

Il n'y a rien au grand trochanter.

2° Fractures *engrenées par abduction.*

Impotence fonctionnelle moins marquée.

Déformation moins importante, irréductible, en abduction légère, n'augmente pas les jours suivants.

B) *Fractures cervico-trochantériennes.* Un vieillard habituellement.

1° *Fractures* à 2 fragments, *pénétrées engrenées.*

Signes *fonctionnels.* L'impotence serait moins marquée : le blessé peut parfois traîner le talon sur le plan du lit, certains ont pu même marcher.

Signes *physiques :*

Le raccourcissement est souvent important, fixe d'emblée ;

La déformation est marquée, irréductible ;

Les signes locaux sont très externes.

Rechercher une douleur vive, un élargissement du grand trochanter, qui n'a de valeur que s'il est indiscutable et constaté très précocement.

2° Fractures *non engrenées*, à *plusieurs fragments* simulent une cervicale vraie par son raccourcissement progressif, par la réductibilité de sa déformation.

Mais la saillie et le point douloureux sont très externes.

Au cours des mouvements de rotation imprimés au membre, le trochanter tourner sur place, autour d'un axe prolongeant la diaphyse fémorale.

Dans l'ensemble, les signes décrits sont très schématiques, l'erreur fréquente.

La *radiographie est indispensable* pour préciser le diagnostic. S'efforcer d'obtenir de très bons clichés. Demander des :

Clichés *de face* centrés sur les hanches du bassin avec les deux cols. fémoraux, si possible, les deux membres étant en position symétrique. S'efforcer de corriger la rotation externe pour avoir une bonne vue de face du col fémoral.

Clichés *de profil* par une bonne méthode. Au besoin sur la table orthopédique, avant la réduction.

Résultats : Préciser le *siège* du trait sous capital ou transcervical ou basi cervical.

La *direction* plus ou moins oblique du trait. Les déplacements (confér. « Anatomie pathologique »).

Le cliché de profil, en particulier, est indispensable pour noter un déplacement qui pourrait n'être pas évident sur le cliché de face.

Il y a parfois intérêt à pratiquer des radiographies sous traction ou pulsion dans les formes sans déplacement apparent, pour le mettre en évidence.

(A suivre.) Claude VERSTRAETE.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 18*)

Comité National de l'Enfance

Le Comité a tenu son assemblée générale le jeudi 9 décembre 1943 au Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

M. Lesné a été élu président du Comité National en remplacement de notre regretté collègue Nobécourt.

Une réunion d'information sur les fondements biologiques et médicaux de l'orientation et de la sélection professionnelles a suivi.

Le programme établi par les secrétaires généraux, MM. J. Huber et Rouèche, comportait des conférences du Dr Bize sur l'orientation et la classification générale des métiers biotypes professionnels de base ; du Dr Hudelo sur les données de l'examen oculaire en orientation professionnel ; du Dr Marcel Eck et de Mme le Dr Marc Schroeder sur l'examen médical d'orientation ; du Dr Gallot sur l'examen neuropsychiatrique en orientation professionnelle.

Renseignements

Deux places d'interne sont vacantes à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire, Saint-Laurent-des-Hommes Dordogne). Etre Français et non juif. Traitement : 9.600 francs par an plus augmentation de 600 francs par an pendant trois ans et indemnité de vie chère de 4.800 francs par an. Avantages : logé, chauffé, nourri, éclairé, blanchi. Pour tous renseignements s'adresser au Médecin-Directeur.

Naissance

Le Dr et Mme L. Labenne sont heureux de faire part de la naissance de leur fils, Guy (Ladignac-le-Long, Haute-Vienne, 2 décembre 1943).

Mariage

Le Dr Octave Tabary, Chevalier de la Légion d'honneur, et Mme Octave Tabary ont l'honneur de faire part du mariage du Dr Michel Tabary, leur fils, avec Mlle Andrée Jacquin. La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le 4 novembre 1943 en l'église Saint-Lambert de Vaugirard, 2, rue Gramme, Paris (15e).

Nécrologie

On nous annonce la mort de :

— Le Dr Marcel Berthoumeau, médecin-chef de l'Asile National des Convalescents, décédé à Paris le 5 décembre.

— M. le Dr François Xavier Marcant, décédé à Herzeele, à l'âge de 84 ans. Il était le père du Dr Paul Marcant.

— M. le Dr Lucien Lamy, médecin de l'Hôpital de la Croix-Rouge, décédé à Paris, 7, rue Alexandre-Cabanel.

— M. le Dr Léopold Le Nouëne, chirurgien-chef des Hôpitaux du Havre, décédé à Neuilly-sur-Seine, le 11 décembre.

LOIS

LOI N° 484 DU 15 NOVEMBRE 1943

modifiant l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Article premier. — L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifié par la loi du 26 mai 1941, est à nouveau modifié comme suit :

« Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien dentiste ou de sage-femme, prend part habituellement ou par une direction suivie hors les cas prévus par les articles 6 et 32 de la présente loi au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements sauf dans les cas d'urgence avérée, ou qui pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature qui sera fixée par arrêté du Secrétariat d'Etat à la Santé.

(La suite sans changement.)

LOI N° 500 DU 27 NOVEMBRE 1943

relative au maintien en fonctions des membres de l'enseignement atteints par la limite d'âge.

L'article 93 de la loi du 14 septembre 1941 est complété par le paragraphe suivant :

« En outre, les membres de l'enseignement admis à la retraite par limite d'âge continuent l'exercice de leurs fonctions juqu'à la fin de l'année scolaire en cours, sauf décision contraire prise dans l'intérêt du service. »

(*J. O.*, 1er janvier 1944.)

Un décret, n° 3437, du 27 décembre 1943 porte classification des fonctionnaires de l'Inspection de la Santé dans les échelles prévues par la loi du 3 août 1943.

D'après cette classification, les traitements et les classes que comportent les divers emplois sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins inspecteurs : hors classe, 70.000 francs ; 1re classe, 65.000 francs ; 2e classe, 60.000 francs.

Médecins inspecteurs adjoints : 1re classe, 50.000 francs ; 2e classe, 40.000 francs.

ORDRE DES MEDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

Au cours d'une conférence de presse tenue le 22 décembre 1943, M. le Professeur Portes, Président du Conseil National de l'Ordre, a mis nos confrères au courant des questions examinées par le Conseil National au cours de sa troisième session, les 11 et 12 décembre dernier.

Le Conseil a examiné et résolu quatre questions :

1° Le régime de prévoyance-retraite, pour lequel il a été décidé de soumettre au Secré-

taire d'Etat à la Santé un projet de création d'une caisse autonome.

2° Le code de déontologie qui doit être prochainement soumis au Conseil d'État.

3° Un rapport sur la doctrine professionnelle qui a été adopté.

4° Enfin un rapport général sur la nomenclature des actes médicaux, chirurgicaux et de spécialistes destinée à remplacer l'ancienne nomenclature établie pour les barèmes relatifs aux Assurances sociales.

Le Président a exposé ensuite les autres questions actuellement soumises à l'étude des sections compétentes : défense morale et légale de la profession, lutte contre l'avortement criminel, médecine d'entreprises, médecine des mines, qualification des spécialistes, rapports avec les collectivités, notamment avec la Mutualité, équipement sanitaire du territoire, régime fiscal du médecin.

Le Président a enfin insisté sur la nécessité d'un accord très cohérent avec le Secrétariat d'Etat à la Santé et avec le Conseil d'Etat.

Communiqué du Conseil du Collège départemental de la Seine

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ayant fixé à 200 francs la part que doivent lui verser les collèges départementaux pour l'année 1944 ; par ailleurs 30 francs devant être versés au Conseil Régional de Paris et 20 francs à la Commission de coordination, le Collège Départemental de la Seine s'est vu dans l'obligation de porter la cotisation pour 1944 à 500 francs.

Nous prions les confrères du département de faire parvenir cette cotisation, soit par chèque de banque, soit au compte de chèques postaux du Conseil de l'Ordre de la Seine, Paris 3093.01.

Le Conseil du Collège Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, à la demande de M. le Secrétaire d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement, communique la note ci-dessous :

La pénurie actuelle de nos approvisionnements en lait concentré sucré ou non sucré, et la nécessité de constituer des stocks de ces produits m'ont obligé à décider, à partir du 1er janvier 1944, l'abaissement de 18 à 12 mois, de l'âge limite au-dessous duquel les enfants peuvent obtenir une carte de lait concentré sur simple remise d'un certificat médical attestant leur intolérance au lait frais.

Pour pouvoir réserver le lait concentré aux consommateurs dont la subsistance même ne peut être assurée qu'avec ce produit, il est, en effet, aujourd'hui indispensable de le refuser a tous ceux pour lesquels le lait concentré est moins nécessaire.

A cet effet, et après avis unanime du Comité scientifique consultatif attaché à mes services, composé des plus hautes autorités de l'Académie de Médecine et, notamment, de spécialistes en pédiatrie et en alimentation des enfants, j'ai décidé que, désormais et jusqu'à nouvel avis, l'âge limite jusque auquel les enfants pourraient obtenir du lait condensé sur simple dépôt, à la mairie de leur domicile, d'un certificat médical mentionnant cette intolérance serait abaissé de 18 à 12 mois jusqu'à ce que l'état de nos approvisionnements me permette de rétablir l'âge limite de 18 mois.

Les dispositions applicables jusqu'ici aux enfants de plus de 18 mois dont l'état de santé nécessite impérieusement la mise exceptionnelle au régime du lait condensé sucré ou non sucré, seront dorénavant applicables aux enfants de plus de 12 mois.

A cet effet, les demandes de dérogation devront, comme précédemment, m'être transmises sous le présent timbre et ma décision intervenir après consultation du Comité Scientifique Consultatif. Toutefois, dans les cas très urgents, ces dérogations pourront exceptionnellement être accordées localement et pour une durée maximum d'un mois par le Directeur Départemental du Ravitaillement Général, après avis conforme de l'Inspecteur Départemental de la Santé.

Les rations de lait condensé allouées aux enfants seront les suivantes :

Lait condensé sucré : de 0 à 6 mois, 16 boîtes par mois ;

Lait condensé sucré : de 6 à 12 mois, 20 boîtes par mois ;

Lait condensé non sucré : de 0 à 12 mois, 24 boîtes par mois.

Il vous appartiendra de donner la plus large publicité par la voie de la presse ou autrement aux motifs qui ont obligé de prendre une telle mesure. Vous pouvez, à cet effet, rappeler que le nombre croissant des certificats ainsi délivrés, cause principale de l'augmentation de la consommation du lait condensé et de l'épuisement de nos stocks, risque, à l'heure actuelle, d'entraîner très rapidement une consommation de cette denrée supérieure même à la production.

Sans doute, ces certificats sont-ils souvent demandés par les familles dans la crainte d'un défaut dans les arrivages de lait frais. Mais cette pratique apparaît d'autant moins justifiée que mes instructions précédentes permettent de prévoir que les enfants nourris au lait frais peuvent, lorsque ce dernier fait défaut, recevoir du lait condensé non sucré à l'aide des tickets-lettres de leur carte de lait frais.

LE CONSEIL DE L'ORDRE.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement du myxœdème chez l'enfant, par P. LEREBOULLET. 1943. Un vol. in-8° de 44 pages. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs. Prix : 22 francs.

Le myxœdème de l'enfant est communément cité comme l'exemple le plus net des conquêtes de l'opothérapie. Encore faut-il savoir mettre en œuvre la cure thyroïdienne, la prescrire régulièrement en en surveillant les résultats, l'associer souvent à d'autres opothérapies, à d'autres actions thérapeutiques. Le professeur Lereboullet a longuement suivi aux Enfants-Malades puis aux Enfants-Assistés une série d'enfants myxœdémateux et pu préciser, avec ses collaborateurs (notamment MM. Lelong et Gérard Willot) les résultats dus au traitement. Il les a souvent exposés dans son enseignement, et il a pensé qu'une étude clinique et pratique, basée sur ces faits, pourrait être utile en donnant aux lecteurs la conviction que le traitement du myxœdème est efficace et durable mais ne l'est qu'autant qu'il est méthodiquement et longtemps suivi. Il a fait précéder son exposé thérapeutique d'un court aperçu clinique montrant quelles variétés de cas on peut soigner et traiter et quels symptômes permettent de suivre et de juger l'action thérapeutique de cette « alimentation thyroïdienne ».

Botanique médicale, par le Dr BERNARDIN. Un volume 12 × 15,5 cm., 200 pages, 93 figures, 55 fr. Maloine éditeur, Paris 1943.

La collection des petits précis de Maloine présente une « Botanique Médicale » abondamment illustrée. Sous le volume pratique de cette collection, le Dr Bernardin expose toute la systématique végétale. Embranchements, classes, ordres, familles, caractères botaniques, origine, caractères de la drogue fournie, principes actifs, emploi des végétaux sont clairement indiqués. C'est un ouvrage éminemment pratique pour l'étudiant en P. C. B., pour la préparation des certificats de licence, pour les étudiants en pharmacie et en médecine, qu'il dispense des traités plus importants, introuvables d'ailleurs à l'heure actuelle. Les praticiens, le grand public même y trouveront toutes sortes de renseignements précieux.







Dépôt légal. — 1944. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd
Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). — N° d'autorisation 88

N° 3. — 1er FEVRIER 1944 117e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Internat en Médecine de 1943. — ORAL. — Séance du 14 janvier 1944. — Questions posées : Avortement au troisième mois et ses complications. Symptômes, diagnostic et traitement du coma diabétique.

Notes : MM. Poulet, 23 ; Lebas, 14 ; Zadikian, 15 ; Dubois de Montreynaud, 20 ; Genot, 15 ; Foucquier, 17 ; Bruézière, 25 ; Cambessedès, 25 ; Viollet, 24 ; Dubois, 23.

ORAL. — Séance du 16 janvier 1944. — Questions posées : Diagnostic des adénites cervicales chroniques. Symptômes, diagnostic et traitement de la maladie d'Addison.

Notes : MM. Rathery, 23 ; Faurel, 25 ; Berthaux, 19 ; Aurousseau, 21 ; Woimant, 21 ; Pichon, 22 ; Michaud, 17 ; Mouret, 23 ; Laumonier, 17 ; Renault, 22.

ORAL. — Séance du 18 janvier 1944. — Questions posées : Signes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Signes, diagnostic et traitement des méningites cérébrospinale à méningocoque.

Notes : MM. Mazars, 20 ; Guillemart, 22 ; Picard, 19 ; Perraudin, 27 ; Chevrolle, 20 ; Mariette, 18 ; Neel, 16 ; Bourguignon, 18 ; Mouzon, 23 1/2 ; Gougeon, 15.

ORAL. — Séance du 20 janvier 1944. — Questions posées : Signes, diagnostic et traitement du mal de Pott sous-occipital. Signes, diagnostic et traitement des hémoptysies tuberculeuses.

Notes : MM. Le Jeune, 18 ; Périer, 23 ; Adam, 20 ; Guinard, 25 1/2 ; Péquignot, 13 ; Decroix, 23 ; de Person, 21 1/2 ; Blondé, 25 ; Treps, 21 ; Cayé, 20.

Concours pour la nomination d'assistant d'ophtalmologie (1 place). — Jury : MM. les Drs Cerise, Renard, Parfonry, Prof. Velter, Coutela, Favory, Prelat, ophtalmologistes ; M. Tinel, médecin ; M. Maurer, Chirurgien.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours sera ouvert à l'Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (14e), le lundi 13 mars 1944, pour la nomination d'au moins six internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en Médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : Externe des Hôpitaux de Paris ; interne d'une ville de faculté (faculté d'Etat ou faculté catholique) ; interne d'une école de plein exercice. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 8 mars 1944. Pour tous renseignements, s'adresser à M. l'Administrateur de l'Hôpital.

Facultés de province

Bordeaux. — La 38e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et au brevet de médecin de la marine marchande a été suivie par 41 auditeurs dont 6 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société Parisienne d'Expansion Chimique « Spécia ». Après examen, 23 ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux, 9 ont été proposés pour l'inscription au tableau de médecin de la marine marchande.

La 39e série d'études aura lieu du 3 novembre au 16 décembre 1944. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Lyon. — M. Badinand, chef de travaux, est provisoirement chargé des fonctions d'agrégé avec enseignement (chimie minérale et minéralogie).

M. Latarjet est détaché à nouveau à l'Institut du Radium, à Paris, pour un an.

Marseille. — M. Salmon, agrégé est nommé, à titre provisoire, professeur d'anatomie en remplacement de M. Corsy, décédé.

Montpellier. — La chaire de clinique gynécologique, dernier titulaire M. Lapeyre, a été déclarée vacante.

M. Aimes, professeur sans chaire est provisoirement chargé du service de la chaire de clinique gynécologique.

Nancy. — M. Vermelin, agrégé libre est provisoirement chargé d'enseignement (obstétrique) en remplacement de M. Fruhinsholz, retraité.

M. Fruhinsholz, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, retraité, est nommé professeur honoraire.

M. Chalnot, agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1943, professeur de pathologie chirurgicale en remplacement de M. Barthelemy, transféré.

M. Guillemin, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pour un an en remplacement de M. Chalnot.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Lafargue, professeur suppléant de pharmacie et matières médicales, est provisoirement chargé des fonctions de professeur de chimie biologique et analytique.

Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale s'ouvrira le lundi 10 juillet 1944 devant la Faculté de Lyon.

M. de Girardin, professeur suppléant, est institué, pour neuf ans, professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale et de pathologie externe.

Tours. — M. A. E. Richard est institué, pour neuf ans, professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale et de pathologie externe.

Légion d'honneur

Défense Nationale. — CHEVALIERS A TITRE POSTHUME. — Médecin-lieutenant Ferradou, ambulance chirurgicale légère 257, a été cité.

Médecin-lieutenant Barrier, 43e R. I., stalag VI D., kommando 311, tué glorieusement en se portant au secours des blessés du kommando au cours d'un bombardement aérien.

Médecin de première classe Muffang, tué au milieu de ses malades au cours d'un bombardement de Rennes.

Pharmacien-lieutenant Delétang, A. M. de corps d'armée n° 21.

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille d'or, à titre posthume. — Le Dr Pierre Camelat, à Luxey (Landes).

Médaille de vermeil à titre posthume. — M. Lucien Bastien, chef de laboratoire (Necker-Enfants-Malades).

Médaille d'argent. — Mme le Dr Sorrel-Dejerine, à l'Hôpital Trousseau.

Médaille de bronze. — M. Garrouste, interne des Hôpitaux de Narbonne ; Mlle Launois, interne des Hôpitaux de Grenoble ; le Dr Millet, à Saint-Laurent-du-Pont ; M. Vaneecloo, interne à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loir ; M. Dumez, externe des Hôpitaux de Lille ; MM. les Drs Salembier, à Lille ; Courtin, à Vimoutiers ; Mlles Gamel, externe des Hôpitaux de Lyon, Brunel, externe à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris ; MM. Cirilli, externe à la Cité Universitaire ; Le Nail, externe à l'Hôpital Claude-Bernard ; Ripart, externe à l'Hôpital Trousseau ; M. le Dr Moins, à Chalus (Haute-Vienne).

Citation à l'Ordre de la Nation

M. Astouric (Eugène), né le 4 juin 1922, à Alaigne (Aube), étudiant en Médecine, externe des Hôpitaux de Toulouse.

Parti pour l'Allemagne au titre du service du travail obligatoire, a contracté la maladie épidémique qu'il était chargé de combattre et est décédé le 11 septembre 1943 à l'Hôpital d'Ehrenforst (Haute Silésie), des suites de cette maladie, après avoir fait preuve des plus beaux sentiments de courage et d'abnégation.

Santé publique

L'enseignement de la médecine. — Certaines indications erronées et certaines communications téléphoniques tendancieuses ont pu lais-

ser croire que le Secrétariat d'Etat à la Santé revendiquait l'enseignement de la médecine, se proposant ainsi de l'arracher à l'Université.

Sans vouloir autrement s'arrêter à l'origine d'une insinuation aussi étrange, le Secrétariat d'Etat à la Santé tient à préciser sa véritable intention à ce sujet : au moment où il s'efforce de réaliser une organisation hospitalière, inspirée des nécessités nationales, et dégagée de certaines contingences locales auxquelles étaient jusqu'ici astreints les hôpitaux publics, il a pensé qu'il convenait de mettre à la disposition de l'Université, sans toucher à aucune de ses prérogatives essentielles, cet armement hospitalier en vue de concourir à une meilleure formation pratique des médecins : il estime qu'il a quelque qualité pour s'occuper de cette formation puisque l'exercice de la médecine dépend de sa compétence et constitue une de ses attributions primordiales : il considère donc qu'en étendant les terrains de stage au delà des services de cliniques universitaires et qu'en confiant, en accord avec les Facultés et sous leur contrôle, des étudiants aux chefs de service hospitalier, il facilitera l'instruction des futurs médecins, leur permettra un contact plus étroit et plus précoce avec le malade et contribuera de la manière la plus efficace à les préparer à l'exercice de leur profession.

Tel est le but, et le seul, que poursuit le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

Comité technique des spécialités. — M. le Dr Coutela, membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins, et M. le Dr Duvelleroy, membre du Conseil de l'Ordre des Médecins, sont nommés membres du Comité technique des spécialités, en remplacement de M. le Professeur Gernez et de M. le Dr Vincent.

Inspection de la Santé. — Un décret, n° 3437, du 27 décembre 1943, porte classification des fonctionnaires de l'Inspection de la Santé dans les échelles prévues par la loi du 3 août 1943.

D'après cette classification les traitements et les classes que comportent les divers emplois sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins inspecteurs : Hors classe, 70.000 francs ; 1re classe, 65.000 francs ; 2e classe, 60.000 francs.

Médecins inspecteurs adjoints : 1re classe, 50.000 francs ; 2e classe, 40.000 francs.

M. le Dr Pelissier, médecin inspecteur adjoint des Hautes-Alpes, non installé, a été affecté en la même qualité dans le département du Gard.

M. le Dr Guiol, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Var, a été affecté, en la même qualité, dans le département des Hautes-Alpes.

Mlle le Dr Guy a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Meuse, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Lemarchand a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des Côtes-du-Nord, au maximum pour la durée des hostilités.

Mlle le Dr Vialettes a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Lot-et-Garonne, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Phelippeau, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Bouches-du-Rhône, a été affecté à Bourges et chargé des fonctions d'inspecteur dans le département du Cher.

Sanatoriums publics. — Par arrêté en date du 30 novembre 1943, l'arrêté en date du 3 août 1942 affectant M. le Dr Depoire, précédemment médecin directeur du Sanatorium de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), en qualité de médecin directeur au Sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), a été rapporté.

M. le Dr Chatonnier, médecin directeur du Sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard, à Touverac, est détaché et mis à la disposition du préfet de la Charente, en qualité de médecin des dispensaires de la Charente.

La durée de ce détachement, qui prendra effet du jour de l'installation de l'intéressé dans ses nouvelles fonctions, est fixée à cinq ans au maximum.

Comité d'organisation des maisons de santé privées. — M. le Dr Tarrius a été nommé membre du Comité en remplacement de M. le Dr Rigal, démissionnaire.

Contrôles médicaux. — Le *Journal officiel* du 15 janvier 1944 publie un arrêté relatif aux contrôles médicaux prévus par l'article 43 du décret du 10 septembre 1942. Cet arrêté prévoit le recrutement de médecins contrôleurs par voie d'engagement contractuel. Il précise leurs fonctions et leurs émoluments.

Défense Nationale. — Un arrêté en date du 20 novembre publié au « Journal officiel » du 15 janvier accorde une indemnité spéciale aux infirmiers des hôpitaux militaires.

Société pour femmes et enfants de médecins. — La Société de Secours Mutuels et de Retraites pour Femmes et Enfants de Médecins, dite F. E. M., 60, boulevard Latour-Maubourg, à Paris (7e), a pu, grâce en partie aux libéralités des laboratoires de spécialités pharmaceutiques, continuer à secourir ses veuves et ses orphelins, durant l'année 1943. Les dons reçus se sont élevés à la somme totale de 55.450 francs, se décomposant comme suit :

Un don de 10.000 francs du Laboratoire du Dr Debat.

Un don de 5.000 francs du Laboratoire Spécia.

Cinq dons de 2.000 francs : Lab. du Dr Astier, Lab. Roger Bellon, Lab. Ampho-Vaccins Ronchèse, Lab. du Dr Roussel, Lab. du Synthol.

Vingt dons de 1.000 francs : Lab. Bottu, Lab. Catillon, Lab. Choay, Lab. Ciba, Lab. Clin (Comar et Cie), Lab. Corbière, Lab. Deglaude, Lab. Drouet et Plet, Lab. Freyssinge, Lab. Houdé, Lab. Le Brun, Lab. Lematte et Boinot, Lab. Lescène, Lab. Lobica, Lab. Midy et Fils, Lab. Mouneyrat, Lab. O. V. P., Lab. Robert et Carrière, Lab. Henry Rogier, Produits Roche.

Douze dons de 500 francs : Lab. Bailly, Lab. Bonthoux (Fluxine), Lab. Byla, Lab. Crinex-Uvé, Lab. d'Analyses Médicales du Dr R. Letulle, Lab. Mayoly et Spindler, Lab. Nativelle, Lab. du Dr Pinard, Cie des Eaux Minérales de Pougues, Lab. Scientia, Sté Générale des Eaux Minérales de Vals-Saint-Jean, Lab. Zizine.

Vingt-huit autres dons nous ont été adressés par les Laboratoires : Carron, Biologie Médicale, Brisson et Dedet, Biologie Appliquée Carrion, Roger Cavailles, Dausse, Dehaussy, Delalande, Endopancrine Deslandres, Dumesnil, Famel, Fides, Gastro-Sodine-Odinot, Galbrun, Grémy, Heudebert, Leprince, Longuet, Marinier, Sté Nestlé, Pautauberge, Sté Française des Eaux Minérales (Prévoyance Médicale), A. Ranson, Réaubourg (Passiflorine), Sandoz, Soudan, Vernin Wander.

La F. E. M. demande à ses généreux donateurs de bien vouloir continuer leur bienveillant appui, afin de permettre de combler le vide causé dans la Caisse de Secours, par la suppression momentanée du Bal de la Médecine Française.

Subvention de 100.000 francs aux médecins sinistrés. — Le Dr Landrin a fait parvenir à l'Ordre des Médecins, au nom des Laboratoires du Léniforme et de la Lénifédrine, la somme de 100.000 francs dont la moitié pour les médecins sinistrés de la Seine, et moitié pour ceux de province.

Bourses familiales du Corps Médical (Fondation du Dr Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs, mises à la disposition de l'Association Générale des Médecins de France par le Dr Roussel a tenu ses séances au cours du mois de décembre. Seize bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille.

(Voir suite p. 45.)

ORDRE DES MEDECINS

Section dentaire du Conseil National

Par arrêté en date du 31 décembre 1943 (*J. O.*, 15 janvier 1944), le dépouillement du scrutin pour la désignation des membres de la section dentaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins aura lieu le lundi 31 janvier 1944, à 15 heures.

Commission de protection des intérêts des Médecins prisonniers

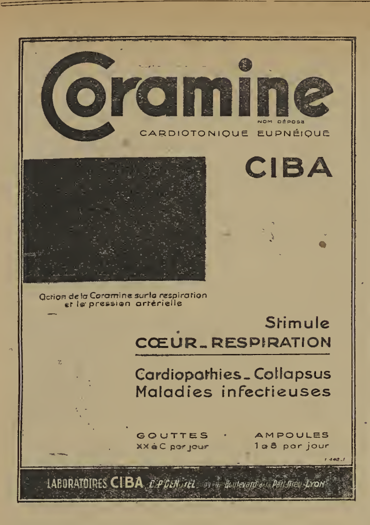
La Commission de protection des intérêts des Médecins prisonniers fait connaître aux médecins rapatriés que, à la suite d'un échange de vue entre M. le Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé publique, les membres délégués de la Commission de protection des intérêts des Médecins prisonniers et les inspecteurs généraux du Travail, concernant les modalités d'application pratique des lois du 28 août et 24 décembre 1942 et du 10 juin 1943 relatives à la préservation des intérêts des Médecins retenus en captivité, les mesures suivantes ont été décidées :

Les Médecins rapatriés pourront dorénavant adresser au Collège départemental qui les aura inscrits leur candidature éventuelle aux postes médicaux suivants : Médecine du travail, inspecteur adjoint à la Santé, Médecin contrôleur des Assurances sociales.

Ils y joindront toutes indications utiles concernant leur situation de famille, leur activité professionnelle actuelle (spécialité, médecin exerçant ou non, étudiant pouvant obtenir son diplôme dans un délai de un an après sa libération).

Ces indications seront rassemblées et transmises par la Commission de protection des intérêts des Médecins prisonniers qui les fera parvenir au Ministère du Travail, de la Santé publique ainsi qu'à l'Institut des Assurances sociales.

Il sera, dans la mesure du possible et selon les disponibilités des places à attribuer, donné suite à ces demandes.


Coramine
NOM DÉPOSÉ
CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE
CIBA
Action de la Coramine sur la respiration et la pression artérielle
Stimule
CŒUR_RESPIRATION
Cardiopathies_Collapsus
Maladies infectieuses
GOUTTES
XX à C par jour
AMPOULES
1 à 8 par jour
LABORATOIRES CIBA
LYON


HYPERTENSION


POMMADE EUTROPHIQUE ET
CICATRISANTE
VITAMINES
HORMONES
CUTIGÉNOL
ENGELURES
PLAIES
ATONES
ULCÈRES
VARIQUEUX
BRÛLURES
LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU, PARIS (8e)

REVUE GENERALE

KRAUROSIS PENIS

Par B. Duperrat

Médecin-assistant à l'hôpital Saint-Louis

Définition et historique.

C'est en 1885 que Breisky a décrit sous le nom de *Kraurosis vulvæ* un syndrome caractérisé par quatre modifications survenant simultanément sur les organes génitaux de la femme : atrophie, sclérose, sécheresse et atrésie. On connaît la banalité de cette affection ainsi que les liens qui l'unissent aux perturbations du fonctionnement ovarien puisque c'est chez les femmes ovariectomisées et chez les femmes ayant dépassé la ménopause qu'on l'observe le plus fréquemment.

Par analogie Delbanco, en 1908, a proposé d'appeler *Kraurosis glandis et præputii penis* une maladie survenant chez les sujets âgés et caractérisée par la rétraction atrophique du gland et du feuillet interne du prépuce avec sténose progressive de l'orifice préputial et du méat urétral. Il semblait donc logique d'y voir un phénomène comparable à l'affection féminine et de là à lui attribuer une origine glandulaire, il n'y avait qu'un pas. Nous verrons qu'en réalité de telles conclusions ne sont rien moins que légitimes.

En effet, en 1928, Stühmer décrit sous le nom de *balanitis xerotica obliterans post operationem* des scléro-atrophies du gland avec atrésie méatique très voisines des états kraurotiques de Delbanco, mais survenant aussi bien chez des jeunes et toujours à la suite d'une intervention telle que circoncision ou incision dorsale du prépuce : après un intervalle libre de quelques mois se développe une balanite scléreuse que l'auteur considère comme une conséquence des irritations et excoriations subies par la muqueuse découverte et « exposée » par l'intervention, peut-être même infectée par un germe spécifique ? Cette notion, adoptée par Midana et connue en France à la suite d'un article de Clement Simon, rencontre des critiques exprimées par Gayet en 1938. Pour cet urologue lyonnais c'est la balanite due à un phimosis trop tardivement débridé et par conséquent préexistante à l'intervention qui continue à évoluer après celle-ci, aboutissant finalement à un état cicatriciel atrésique. Une opinion identique est défendue par de Gregorio, de Blasio et Hijar dans leur article de 1939 sur la *balanitis inflammatoria chronica atrophicans et sclerosans*, ainsi que par Favre, Gaté et Michel dans leur rapport sur les balano-posthites en 1939. C'est également sous l'impulsion de Favre que Laurent vient de faire paraître à Lyon sa très importante thèse dans laquelle il rend à Fournier un hommage tardif et mérité en assimilant à ses *balanites interstitielles et profondes*, séquelles de phimosis tardivement traités, la totalité des cas décrits depuis sous les différentes étiquette que nous venons d'énumérer.

En réalité, si l'importance des balanites chroniques, phimosiques ou non, gonococciques ou non, est fort grande, elle n'épuise pas le sujet et M. Gougerot, revenant récemment sur cette question des scléro-atrophies génitales de l'homme, rappelle la fréquence des localisations préputiales et glandiques de certaines affections dermatologiques telles que le lichen et la *sclérodermie*.

Symptomatologie.

Le début des accidents est assez variable : tantôt c'est à l'occasion d'une poussée aiguë de balano-posthite que l'on est amené à examiner le malade et par l'interrogatoire on retrouve la notion de plusieurs poussés analogues antérieures, compliquant ou non un phimosis plus ou moins serré. Tantôt c'est à l'occasion de troubles progressifs : sensation de picotements au méat et au gland, prurit rebelle, gêne progressive à la miction, douleurs au moment des érections.

L'examen peut montrer des lésions très différentes suivant l'ancienneté de l'affection : parfois il existe un phimosis extrêmement serré, dur, scléreux, inextensible, ne laissant qu'un orifice de 2 ou 3 millim. de largeur qui ne permet pas de voir le gland. Tel était le cas d'un malade récemment étudié par Touraine ; les rebords de cet orifice peuvent être blancs et brillants ou au contraire fissurés, voire même exulcérés et suintants. Plus souvent il est possible de découvrir le gland mais toujours le prépuce est induré, ce qui rend l'exploration laborieuse.

Laurent décrit ainsi l'aspect du *prépuce* : « On constate parfois que le prépuce se déroule tout d'abord avec plus ou moins de difficulté, puis qu'une résistance plus considérable apparaît ; elle finit par céder et la portion postérieure, plus indurée, du prépuce s'éverse en bloc. L'induration préputiale se traduit cliniquement dans ces cas par un véritable signe du « cartilage tarse ». Chez les sujets porteurs de phimosis, et c'est chez eux que se recrute la majeure partie des malades atteints de kraurosis, il est souvent difficile de pouvoir se rendre compte de l'aspect de la membrane préputiale. La surface du prépuce apparaît le plus souvent blanchâtre, semée d'arborisations vasculaires circonscrites ; son aspect est parfois tourmenté, cicatriciel. Il est fréquent de constater la présence d'adhérences entre la partie profonde du prépuce et le bord postérieur du gland ; elles sont parfois totales, effaçant complètement le sulcus coronaris ; dans d'autres cas, il s'agit de minces bandes tendues du prépuce au gland, formations lamelleuses qu'on a comparé aux ptérygions de la conjonctive. »

L'aspect du *gland* est lui-même loin d'être uniforme : tantôt la muqueuse est lisse, amincie, pâle, d'une coloration blanc-bleuâtre qu'on a comparée à la coloration cadavérique. Tantôt, et c'est le cas habituel, il existe un aspect bigarré dû à l'alternance de zones hyperpigmentées de coloration foncée, alternant avec des taches blanches atrophiques ; si l'on ajoute que les télangiectasies sont fréquentes et nombreusss, on comprendra que l'on ait pu comparer ces lésions à celles des radiodermites (Gougerot). Mais il est habituel que les lésions soient plus polymorphes encore : des taches de coloration rouge vif, d'un aspect presque velouté, irrégulières, capricieusement disposées, alternent avec des régions abrasées, facilement saignantes ou même avec des zones verruqueuses, bourgeonnantes, dont l'existence fait craindre une dégénérescence épithéliomateuse. Dans un cas de Gougerot, Duperrat et Basset, seule la biopsie permit d'éliminer cette hypothèse. Il peut arriver que le gland soit atrophié dans sa totalité et affecte une forme conique, « pointue » tout à fait particulière.

Mais cette scléro-atrophie ne se limite pas au prépuce et au gland, elle affecte également l'*orifice méatique*. On peut, en effet, constater une sténose serrée du méat, bien limitée, ne se prolongeant que de quelques centimètres le long de l'urètre balanique, assez dure pour évoquer par sa consistance le chancre syphilitique. Cette sténose se reproduit très rapidement après les dilatations et ne relève pratiquement que de l'intervention chirurgicale.

Complications.

En dehors des poussées aiguës de balano-posthite et d'urétrite, les complications les plus fréquentes sont d'ordre fonctionnel : la *dysurie* peut devenir permanente et, à la longue, retentir sur tout l'ordre urinaire jusques et y compris le rein. N'a-t-on pas, ces dernières années, étudié chez les phimosiques anciens un certain nombre de cas de néphrite chronique azotémique en relation avec la gêne mictionnelle ? Les *érections* deviennent pénibles, puis impossibles ; d'ailleurs l'activité génitale de ces malades est souvent diminuée et, s'il n'est pas possible d'établir un équation entre kraurosis penis et involution sexuelle, il n'en reste pas moins que ces malades présentent souvent un affaiblissement de la fonction génésique.

D'autre part des modifications nouvelles des muqueuses peuvent se produire. Jaime Peyri admet trois variétés de kraurosis :

1° Le kraurosis penis simple ou atrophodermique ;

2° Le kraurosis penis blanc ou leucoplasique ;

3° Le kraurosis penis rouge ou érythroplasique ; les deux derniers devant être considérés comme des états précancéreux.

En effet le kraurosis peut s'accompagner de l'apparition de placards blancs opaques, brillants, légèrement opalescents, de *leucoplasie*. Sczary, Horowitz et Lévy-Coblentz en ont publié un exemple. Il peut également se compliquer d'*érythroplasie* manifestée par ses placards rouge vif d'aspect velvétique, érythroplasie dont on ne discute plus actuellement la similitude avec la dyskératose de Bowen. Que celle-ci constitue un état précancéreux ou qu'elle soit déjà un cancer « histologique » suivant l'expression de Pautrier, elle peut être suivie à plus ou moins longue échéance de l'éclosion clinique d'un épithélioma.

Cet *épithélioma* (un cas de Cailliau, 2 cas de Favre) est, comme tous les épithéliomas de la verge, de nature malpighienne spino-cellulaire, hautement malin, infestant d'une façon précoce les ganglions inguinaux. C'est la crainte de ce dénouement qui justifie la surveillance étroite de l'évolution du kraurosis penis.

Etiologie et pathogénie.

Il est curieux de constater combien différentes ont été les interprétations du mécanisme du kraurosis penis.

1° Pour Fournier, tiré avec éclat par Favre et Laurent de l'oubli injuste dans lequel il était plongé, ces phénomènes relèvent tous d'une « balanite interstitielle et profonde » secondaire aux conditions de macération et d'infection produites par un *phimosis* négligé. Quand on intervient, c'est souvent trop tardivement et l'infection, antérieure à l'opération, continue à évoluer à bas bruit, aboutissant peu à peu à cet état de scléro-atrophie. Tel est également l'avis de Gayet dont la conclusion est formelle : la prévention du kraurosis penis est la circoncision précoce.

Quant à la sténose méatique elle est due soit à une urétrite chronique conditionnée par les balano-posthites à répétition, soit à une *blennorragie*, dont de Gregorio retrouve plusieurs fois les antécédents, blennorragie dont la tendance naturelle à la chronicité a été hautement favorisée par l'existence d'un phimosis.

2° Delbanco, en 1908, dans trois observations, Galewsky, en 1910, dans 6 observations, étudiaient le kraurosis penis et l'attribuaient volontiers à l'involution génitale, déniant toute participation à un processus inflammatoire. Beek a admis cette hypothèse, faisant place, à côté du « kraurosis post-balanitidem » au « kraurosis spontané de Delbanco ». La principale objection que l'on peut faire à cette manière de voir est l'absence de parallélisme entre les scléro-atrophies péniennes et les troubles glandulaires, la relative fréquence des kraurosis observés chez les jeunes. C'est ainsi que chez les douze malades étudiés par de Gregorio, de Blasio et Hijar, les âges s'échelonnaient entre 22 et 48 ans. Le malade de Weissenbach, Fernet et Faulong était âgé de 30 ans et ne présentait aucun symptôme d'involution génitale.

3° Stühmer, en 1928, a décrit sous le nom de *balanitis xerotica obliterans post-operationem*, une affection des jeunes sujets, survenant après la circoncision, séparée d'elle par une période de latente et aboutissant, après un stade inflammatoire très marqué, à des épaississements fibro-conjonctifs circonscrits comblant le sillon balano-préputial et sténosant le méat.

Pour Stühmer, suivi par Midana, l'étio-pathogénie de l'affection est

la suivante : la circoncision « découvre » la muqueuse du gland et de la face interne du prépuce et l' « expose » à de multiples micro-traumatismes, portes d'entrée d'un germe peut-être spécifique selon un mécanisme producteur semblable à celui de la xérose conjonctivale. Obrtel réussit dans un cas à isoler de la sécrétion urétrale un streptococcus brevis Konrad un mycète. Cette conception de Stühmer isolant en une entité le kraurosis post-operationem est respectée par Beek, ardemment controversée par l'Ecole lyonnaise et par de Gregorio.

4° Gougerot a étudié les scléro-atrophies du gland dans une série de communications faites avec Blum, Barbier, Degos et Boulle. Il a constaté plusieurs fois la présence d'anneaux *sclérodermiques*, soit du prépuce, soit du gland, isolés ou accompagnés d'autres localisations à distance. Chez un malade âgé de 56 ans, observé en 1942 avec Duperrat et Basset, il notait une sclérodermie en gouttes (ou un lichen dit scléreux) du fourreau apparue en 1930 et une sclérodermie du prépuce et du gland avec atrésie méatique apparue en 1937. Gougerot fait remarquer que le diagnostic peut être difficile si la sclérodermie est uniquement génitale sans lésions sur le reste du corps ; il devient au contraire évident dans certains cas, tel celui de Touraine où une sclérodermie du prépuce à type « balanitis xerotica obliterans » s'associait à deux bandes de sclérodermie superposées sur l'abdomen iliaque gauche et à une bande à droite. Ces observations soulignent donc toute la complexité de l'étiologie des scléro-atrophies péniennes.

5° N'est-il pas des cas d'ailleurs, où, sans phimosis, sans involution génitale, sans intervention chirurgicale, sans sclérodermie, on recherche vainement une étiologie nette au « phimosis scléreux » ? Telle l'observation de Weissenbach, Fernet et Faulong.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude histologique du gland et du prépuce a été faite minutieusement par de Gregorio et par Favre. Le premier a démontré qu'il s'agit d'un processus inflammatoire productif à évolution chronique qui aboutit à la sclérose. Le second a insisté sur les variations régionales de l'épiderme, ici atrophique, ailleurs hyperplasique, ailleurs squameux et surtout sur les altérations du derme papillaire : celui-ci affecte un état d'homogénéisation, d'hyalinisation, avec raréfaction des cellules, des vaisseaux et des fibres élastiques qui mérite le nom de « zone désertique ». Dans les couches profondes du derme on constate toujours une infiltration par des amas cellulaires périvasculaires riches en cellules plasmatiques. Ces lésions se reconstituent sans cesse et s'accompagnent toujours d'étouffement vasculaire.

DIAGNOSTIC.

Il n'y a guère de diagnostic différentiel du kraurosis penis, les différentes affections du gland et du prépuce méritant d'être discutées soit parmi les *causes* de kraurosis, telles le *lichen*, la *sclérodermie*, soit parmi ses complications éventuelles, telles la *leucoplasie*, l'*érythroplasie*. Toutefois il faut savoir que Kraus et Fuchs, sous le nom de *leucoplasia glandis et præputii*, ont décrit des placards circonscrits, de consistance dure, de couleur blanc laiteux, à bords opalescents ; mais comme les auteurs ajoutent que cette maladie se manifeste régulièrement pendant l'évolution d'un phimosis de longue durée, cette affection rentre en définitive dans le cadre des balanites chroniques à évolution scléro-atrophique.

TRAITEMENT.

Lorsque le kraurosis est constitué le seul traitement dont on dispose est le traitement chirurgical qui consiste soit en circoncision, soit en débridement dorsal, avec ou sans méatotomie. A la méatotomie, Gayet préfère une large incision créant un véritable hypospadias balanique. La radiothérapie, pratiquée par Stühmer, par Midana, n'a donné que de piètres résultats.

Il faut surveiller minutieusement le comportement des muqueuses malades et en cas de leucoplasie ou de bourgeonnement intervenir par la cryothérapie ou mieux par l'électro-coagulation, tous les efforts tendant à éviter le développement d'une néoplasie.

A vrai dire le traitement sera surtout prophylactique et tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité, en cas de phimosis congénital, d'intervenir par une circoncision précoce. Même attitude s'il s'agit d'un phimosis acquis, sclérodermique par exemple. Toutefois les observations de Stühmer et de Midana ayant mis l'accent sur la fragilité extrême de ces muqueuses, il convient d'insister sur les soins minutieux d'antisepsie auxquels on doit s'astreindre avant, pendant et après l'opération. Stühmer préconise la protection du gland par des pansements gras longtemps appliqués. Quant au traitement hormonal, inspiré des résultats encourageants donnés par la folliculine dans les kraurosis vulvæ, consistant d'abord en extraits orchitiques puis en sels de testostérone, il n'a pas manqué d'être essayé. Les résultats en ont été très peu satisfaisants, comme pouvait le faire prévoir l'absence de parallélisme entre les phénomènes péniens et les troubles génitaux, discordance sur laquelle nous avons déjà insisté.

BIBLIOGRAPHIE

BEEK C.-H. *Acta Dermato-Venereo.* XIX fasc., 6 déc. 1938, p. 603.
DELBANCO. Kraurosis glandis et præputii penis. *Verhandl. d. biol. Abt. d. Hamburger Artzl. Vereins*, 1908.
FAVRE, GATÉ et MICHEL. Complications des balano-posthites. IXe Congrès des Dermatologues et Syphiligraphes Français, Paris.
FOURNIER. Article « Balanite ». *Dictionnaire de Médecine et Chirurgie Pratiques, Jaccoud*, tome IV, 1865, p. 515.
GAYET. A propos de la balanitis xerotica obliterans. *Lyon Medical, CLXI*, 9 janvier 1938, p. 25.
GOUGEROT et BLUM. Lésion scléro-atrophique familiale du gland. *Soc. Derm.*, 15 juin 1933, pp. 878-879.
GOUGEROT et BOULLE. Lichen plan circiné atypique du gland. *Soc. Derm.*, 9 nov. 1933, p. 1369.
GOUGEROT et BARBIER. Sclérodermie annulaire préputiale et en plaque balanique. *Soc. Derm.*, 9 nov. 1933, p. 1370.
GOUGEROT, DEGOS et BOULLE. Sclérodermie de l'anneau préputial. *Soc. Derm.*, 21 juin 1943, p. 897.
GOUGEROT, DUPERRAT et BASSET. Sclérodermie balano-préputiale. *Soc. Derm.*, 21 mai 1942, *Bull.* p. 274.
GOUGEROT. Importance des sclérodermies dans plusieurs syndromes génitaux. *Soc. Derm.*, 11 juin 1942, p. 343.
DE GREGORIO, DE BLASIO, IIIJAR. Balanitis inflammatoria chronica atrophicans et sclérosans. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, tome X, 7 juillet 1939, pp. 545-571.
LAURENT Philippe. Balanite interstitielle et profonde de Fournier. *Thèse Lyon*, 1943.
MARION G. Kraurosis vésical et urétral. *Journal d'Urologie*, juin-juillet 1943.
MICHEL P.-J. et BURLET. Kraurosis Penis. *Soc. Dermat. de Lyon*, 19 fév. 1943, *Bull.* p. 229.
MIDANA, A. Sulla B. X. O. P. O., *Giornale Ital. di derm. e sifil.*, 1936, fasc. 2.
SEZARY, HOROWITZ et LEVY-COBLENTZ. Phimosis sclérosant avec leucoplasie. *Soc. Derm.*, avril 1932, p. 538.
SIMON Clément. Une affection sexuelle inconnue en France : Balanitis xerotica obliterans post-operationem (Stühmer). *Bull. Médical LI*, n° 43, 23 octobre 1937, p. 709.
SPITZER. *Zentralbl. f. Hand und Gechl. Krank*, XXIV, 1927, p. 753.
SPRAFKE. *Dermat. Zeitschrift*, LIX, 1930.
STÜHMER A. *Arch. f. Dermat. n. Syph.* CLVI, 1928, pp. 613-623 et CLXV, 1932, pp. 343-351. — *Zentralbl. f. Hand n. Gesch. Krank.*, LII, 1935, p. 195 et LIV, 1936, p. 294.
TOURAINE et SOLENTE. L'érythroplasie. *Presse Médicale*, n° 92, 14 nov. 1936, p. 1830.
TOURAINE. Sclérodermie du prépuce et type B. X. O. *Soc. Derm.*, 21 mai 1942.
WALTHER. *Zentralblatt. f. Hand n. Gesch. Krank*, XLIII, 1933, p. 604 et XLVIII, 1934, pp. 102-103.
WEISSENBACH, FERNET et FAULONG. Phimosis scléreux « Kraurosis penis ». *Soc. Derm.*, 12 nov. 1936, p. 163, 1 fig.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

16 *décembre* 1943. — M. BERNARD. Un an d'exercice de la chirurgie dans un hôpital de prisonniers de guerre en Allemagne. Statistique et résultats opératoires. — M. PAVY. L'adaptation de la macule. (Etude pratiquée avec les verres de Tscherning.)

17 *décembre* 1943. — M. MENUT. Association familiale et troubles du caractère chez l'enfant.

21 *décembre* 1943. — Les liquides céphalorachidiens xanthochromiques. — M. PLAGES-VERGNES. Paralysies dissociées du diaphragme mises en évidence par le pneumopéritoine. — M. ELLIARD. Contribution à l'étude de l'œdème aigu du poumon. — M. STEVENIN. L'accouchement normal sans douleur par analgésie gazeuse.

22 *décembre* 1943. — Mlle VOISIN. Problèmes médico-légaux soulevés par l'électro-choc. — M. LEFORT. Etude expérimentale de l'action conjuguée du zinc sur les hormones œstrogènes et androgènes. — Mlle BOURGET. Contribution à l'étude des eaux thermales d'Aix-en-Provence. Leur action diurétique. — M. SANDRET. Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire dans la hernie crurale. — M. LOLMÈDE. Les faux étranglements herniaires. — M. CASAURANG. Les résultats éloignés de la gastrectomie par ulcère du duodénum. —

12 *janvier*. — M. KAEPPELIN. — Deux observations nouvelles d'actinomycose primitive de la langue.

13 JANVIER. — M. VOSGIEN. Les cavernes soufflées éclatées dans la plèvre.

THESES VETERINAIRES

14 *octobre*. — M. TOUTOUNDJI. L'inspection sanitaire des peaux et cuirs.

28 *octobre*. — M. TOUTAIN. Elevage et production des équidés et bovidés dans le nord-ouest du département de l'Oise.

8 *décembre*. — M. LE BORGNE. La polyarthrite des poulains. Traitement par le salicylate de soude. — M. HALIC. De la garantie conventionnelle tacite en matière de vente d'animaux domestiques.

1er *décembre*. — M. COUVREUX. — Contribution à l'étude de l'étiologie du cancer. Rôle des facteurs héréditaires. — M. MINGUET. Fistule sous-orbitaire du chien.

2 *décembre*. — Mme MINGUET. — Contribution à l'étude de l'ovariectomie de la chatte.

22 *décembre* 1943. — M. BOUCHARD. La mammite colibacillaire paraplégique des vaches laitières.

12 *janvier*. — M. JOUANNET. Etiologie et diagnostic étiologique de l'avortement chez la brebis.

UTILITÉ THÉRAPEUTIQUE DE LA VITAMINE "D" INJECTABLE (1)

Par M. Max Fourestier (Paris)

Depuis les travaux de Steenbock et de Harnapp (2) qui surent exploiter l'un le hasard expérimental, l'autre l'erreur clinique, la vitamine D est largement utilisée actuellement à doses massives et répétées (3-4).

Le rachitisme, la tétanie, les hypocalcies, la maladie de Paget, l'ostéoporose, les ostéopathies de carence, les retards de consolidation, les engelures, certaines polyarthrites chroniques rhumatismales, les sérites et polysérites tuberculeuses, caries dentaires, déficit de la minéralisation, etc., la liste est longue des affections qui reconnaissent la vitamine D, soit comme une thérapeutique spécifique, soit comme un adjuvant de valeur. L'expérience a montré que l'absorption massive (15 mgr.) de vitamine D (5) peut être répétée sans dommage, et des doses allant jusqu'à 300 mgr. par série ont pu être prescrites. Pour notre part, après une expérience de plus de trois ans, nous pouvons affirmer que jamais nous n'avons constaté le moindre signe toxique, une surcharge calcique d'un organe quelconque, notamment au niveau du rein ou des vaisseaux, bref jamais le moindre incident clinique thérapeutique. Nous donnons habituellement, quand des doses massives et répétées de vitamine D nous paraissent nécessaires, 90 à 120 mgr. en une série.

La vitamine D est généralement administrée par voie digestive. Depuis 18 mois, nous avons utilisé largement des ampoules injectables de 15 mgr. de vitamine D en solution huileuse. Notre expérience est forte de plus de 450 injections, sur de très nombreux malades, les plus divers.

Nous voudrions ici montrer l'utilité thérapeutique dans certains cas de la vitamine D injectable et préciser la posologie de ce médicament, nouveau par son mode d'administration.

Restant sur le plan clinique, nous n'envisagerons pas dans ce travail le mode d'action de cette vitaminothérapie parentérale. L'action thérapeutique générale de la vitamine D est d'ailleurs encore bien mystérieuse même dans les cas où un déficit vitaminique est certain (rachitisme). Médication d'apport et de saturation, action pharmaco-dynamique, effet endocrinien indirect (parathyroïde), effet de shock (Schock-Vitamine D-Thérapie), etc., autant de pathogénies, autant d'hypothèses et d'incertitudes. Même la modalité d'action spécifique antirachitique de la vitamine D peut être discutée.

Nous rapportons ici uniquement des faits cliniques, des constatations thérapeutiques. Toute hypothèse a été exclue. Les exemples thérapeutiques que nous proposons doivent inciter à de nouvelles recherches pour pouvoir, en comparant les résultats, préciser davantage le mode d'emploi thérapeutique de la vitamine D.

D'une façon générale, l'administration sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse d'un médicament, obéit soit à une indication majeure : nécessité de l'introduction parentérale pour éviter l'action destructrice du principe actif par les tissus digestifs ou à l'espoir d'une meilleure utilisation, par l'organisme, de la substance thérapeutique, enfin à la notion d'urgence. Cette règle générale résume parfaitement toutes les possibilités thérapeutiques de la vitamine D injectable.

(1) Travail du service de M. P. Brodin, hôpital des Ménages.

(2) Rappelons l'histoire curieuse des origines de cette vitaminothérapie. En 1925, Steenbock et Daniels constatèrent que des rats blancs, soumis au régime rachitigène et vivant au contact de rats irradiés par les rayons ultra-violets, ne devenaient pas rachitiques. Supposant que ces rats blancs se protégeaient en absorbant les excréta des rats irradiés, ils eurent l'idée d'irradier la nourriture des animaux. La vitamine D_2 était trouvée. Quelques années plus tard, Harnapp découvrit l'utilité thérapeutique des doses massives de vitamine D. Il soignait alors des enfants rachitiques lorsque l'un d'eux, trompant la surveillance de l'infirmière, avala d'un trait une solution de 15 mgr. de vitamine. On redouta une intoxication, on effectua des dosages du calcium et du phosphore sanguins, qui furent normaux, et en quinze jours l'enfant fut guéri complètement. Dès lors, cette « Stosstherapie » se propagea rapidement.

Nous serons complet, dans ce court résumé, en mentionnant le nom de Windhaus qui a le premier réalisé la synthèse de la vitamine D_2 ou calciférol.

(3) M. Fourestier et A. Ancelin. De l'utilisation actuelle des doses fortes de vitamine D. *Le Bulletin Médical*, n° 28, 1er décembre 1942, p. 309.

(4) P. Brodin, M. Fourestier et A. Ancelin. Action favorable des doses massives de vitamine D dans les sérites et les polysérites tuberculeuses. *Le Bulletin Médical*, n° 2, 15 janvier 1943, p. 25.

(5) Il existe au laboratoire plusieurs vitamines D. La seule qui soit utilisée en thérapeutique est la vitamine D_2 ou calciférol. Pour plus de facilité typographique, nous écrirons dans ce travail : vitamine D et non D_2.

I. — Injections intraveineuses de solutions huileuses de vitamine D

Nous avons rapporté récemment avec M. P. Brodin et Mlle J. Savaton (1) un cas de tétanie pulmonaire grave de l'adulte traitée par des doses massives et répétées, intraveineuses, de vitamine D en solution huileuse. Il s'agissait d'une femme de 34 ans dont la diathèse spasmophile était indiscutable. Dans la convalescence d'une congestion pulmonaire éclata une crise tétanique grave, à prédominance respiratoire exceptionnelle, offrant toutes les apparences d'une crise dyspnéique aiguë et non sans rapport avec la dyspnée d'une crise d'asthme, d'une embolie ou d'un pneumothorax spontané. Le diagnostic fut néanmoins aisé et basé sur l'atypie de quelques symptômes et des signes physiques, surtout sur la coexistence évidente de certains signes de spasmophilie : spasme carpo-pédal, signe de Trousseau, de Schvosteck, etc., enfin sur les antécédents. L'absence de laryngospasme différenciait cette tétanie pulmonaire de la forme respiratoire anciennement décrite par Escherich. C'est après un épisode pleuro-pulmonaire infectieux, en 1937, qu'apparut la première crise de tétanie. Entre ces deux dates, 1937-1942, nombreuses crises larvées tétaniques qui se nuancent toujours d'une note respiratoire. Sous l'influence d'un facteur respiratoire minime, une crise dyspnéique s'ébauche, parfois accompagnée de quelques contractures périphériques qui font aisément reconnaître sa nature tétanique, le plus souvent isolée, d'apparence clinique bizarre au point que plusieurs médecins prennent la malade pour une simulatrice ou une névrosée. Depuis deux semaines, la malade était en traitement chez son médecin et recevait tous les deux jours — « à titre de fortifiant » — une injection intraveineuse de gluconate de Ca. Malgré cette imprégnation calcique survint la crise grave de tétanie à prédominance pulmonaire extraordinaire qui nécessita l'hospitalisation. *Onze injections intraveineuses quotidiennes d'une solution huileuse de 15 mgr. de vitamine D ont été remarquablement supportées (les 2 premières ampoules ont été injectées en quelques heures)*. La crise fut jugulée en 13 heures. Dès le troisième jour, tout signe de spasmophilie avait disparu. La malade avoue n'avoir jamais été aussi rapidement et complètement soulagée. A plusieurs reprises, en ville, le traitement parathyroïdien avait été essayé sans grand succès d'après les affirmations de la malade.

Ainsi, des injections huileuses de vitamine D dosée à 15 mgr. par ampoule sont parfaitement supportées même avec un rythme d'injection quotidien. L'innocuité est donc certaine. L'utilisation de la voie veineuse peut donc être une indication d'urgence : les formes graves de tétanie, formes de l'enfant (laryngospasme), les tétanies aiguës post-opératoires après intervention sur le corps thyroïde, sans lésion du récurrent, certaines formes de tétanie aiguë grave médicale, de l'adulte, dont Sergent et Mamou ont rapporté, il y a quelques années, un cas, véritable coma tétanique.

Cette voie intraveineuse, absolument sans danger (nous en avons la certitude après une expérimentation répétée chez de nombreux malades, les plus divers, et, d'ailleurs, depuis longtemps les injections huileuses intraveineuses sont utilisées en thérapeutique), pourrait être envisagée hors les cas d'urgence somme toute relativement rares. A la suite de l'absorption d'une seule ampoule, notamment dans certaines pleurésies inflammatoires, on peut voir se déclencher des phénomènes critiques : crise urinaire, chute brutale de la température, etc., au point que les Anglo-Saxons ont créé un mot pour rendre compte de cette action thérapeutique possible : Shock-Vitamine D-Therapy. Ce que l'ingestion d'une dose de 15 mgr. de vitamine D peut réaliser pourrait l'être, à priori, par une injection intramusculaire et surtout intraveineuse.

II. — Meilleure utilisation probable par l'organisme de la vitamine D introduite par voie intramusculaire

Plusieurs observations concernant des pleurésies ou des pleuro-péritonites tuberculeuses nous ont prouvé l'efficacité de la solution huileuse injectable de vitamine D après échec ou tout au moins absence d'effet thérapeutique des solutions buvables classiques.

Observ. I. — Pleurésie séro-fibrineuse droite chez une jeune femme. Relativement peu abondante, cette pleurésie affecte sérieusement l'état général ; à chaque instant, la gravité de l'infection fait redouter un autre foyer évolutif ou une généralisation de l'infection tuberculeuse. Le repos, la cure hygiéno-diététique, des pneumoséreuses successives, la vitamine D ordinaire *per os* n'ont aucune action sur la fièvre. Le 22 décembre 1941, alors que la poussée évolutive pleurale durait depuis un mois et demi, injection intramusculaire de 15 mgr. de vitamine D. Moins d'une semaine après, la température ne dépasse pas 37°5 et y reste fixée définitivement. Cette seule injection paraît suffisante. La malade, un mois plus tard, quitte le service, apyrétique et apparemment guérie. Plus de liquide. Sur le film, l'épaississement basal et costo-diaphragmatique des adhérences pleurales résiduelles et cicatricielles se précise. La guérison se maintient depuis deux ans et la vie normale a été reprise après six mois de convalescence.

Observ. II. — Le malade, 25 ans, prisonnier de guerre rapatrié pour abcès de la marge de l'anus, est hospitalisé dans le service en janvier 1943. Sur le film, image pleurale droite indiscutable. Pas d'ombres parenchymateuses suspectes. Pas de B. K. dans l'expectoration. Mauvais état général, température oscillante autour de 38°. Amaigrissement notable. Antécédent bacillaire récent : le diagnostic de pleurésie tuber-

(1) P. Brodin, M. Fourestier et Mlle J. Savaton. Tétanie pulmonaire grave de l'adulte traitée par des doses massives et répétées, intraveineuses, de vitamine D. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, août 1943, p. 174.

culeuse est certain. La ponction ne ramène toutefois que quelques gouttes d'un liquide séro-fibrineux à prédominance lymphocytaire sans germes à la culture. Donc pleurésie peu abondante déjà en voie d'organisation plastique ; mais l'altération de l'état général signe une forme sérieuse de l'infection bacillaire.

Deux ampoules de vitamine D données *per os* sont sans effet sur la température. Quatre jours après une injection intramusculaire d'une ampoules de 15 mgr., la température se fixe à 37° et se régularise. Deux autres injections sont pratiquées. Au total donc 30 mgr. de vitamine D ont été donnés par voie digestive et 45 mgr. par voie musculaire. Les forces reviennent rapidement. L'action sur l'appétit est remarquable. La cadence de la reprise du poids est de près d'un kilo par semaine. L'image radiologique pleurale s'estompe progressivement. L'efficacité de la vitamine D injectable ne peut être niée dans ce cas.

Observ. III. — Jeune enfant de 14 ans, traitée par pneumothorax thérapeutique gauche institué un an auparavant pour enrayer l'évolution d'une cavité pulmonaire tuberculeuse (B. K. + par lavage d'estomac). Séjour d'un an en sanatorium. Une bride est visible. Mais la cavité semble avoir disparu. Le dernier mois du séjour sanatorial a été marqué par l'apparition d'une fièvre qui oscillera aux environs de 39°, des troubles digestifs et une chute pondérale importante. La maman marque son désir de reprendre son enfant que nous voyons à cette époque. Malgré la bride, l'efficacité du collapsus est certaine. Aucun phénomène évolutif de ce côté. Le cœur est normal. Cette jeune malade présente des phénomènes entéro-péritonéaux probablement d'origine tuberculeuse : météorisme abdominal, lame d'ascite, diarrhée, etc. Trois ampoules buvables de vitamine D ne modifient en rien la situation. Dès la deuxième injection de vitamine D en solution huileuse, le décrochage thermique est manifeste. Peu à peu, les fonctions intestinales se régularisent, l'ascite disparaît, le volume de l'abdomen redevient normal. En un mois, la température est à 37°. L'appétit est revenu, la courbe pondérale est à nouveau ascendante. Ce résultat est obtenu après 90 mgr. de vitamine D injectable.

La suite de cette observation est intéressante. La jeune malade part à la campagne en cure libre. Elle est insufflée régulièrement tous les quinze jours dans un dispensaire voisin. L'abdomen est toujours « sec ». Les phénomènes péritonéaux ne se sont plus reproduits. La prise de poids est en moyenne de 500 gr. par quinzaine. Tout récemment, poussée de croissance extraordinaire. Accroissement rapide de la taille de plusieurs centimètres. Or, l'enfant ne « prenait » pas de poids ; sans avis médical, la mère fait absorber à sa fille trois ampoules (une par semaine) buvables de vitamine D. Aucun résultat sur la courbe pondérale. Nous pouvons lui envoyer trois ampoules de la solution huileuse injectable : dans les semaines qui suivent, le poids s'accroît à nouveau et la poussée pondérale se marque, sur le graphique bi-mensuel, en une véritable montée en flèche. Il est certain que cette période de dissociation staturo-pondérale (accroissement excessif de la taille, poids presque stationnaire) a traduit une poussée de croissance inharmonieuse de la puberté, qui a été régularisée par la vitamine D injectable après échec de l'administration *per os* de cette vitamine.

Nous pourrions multiplier ces observations. Voici les conclusions que nous croyons pouvoir en dégager.

Le cadre des sérites et polysérites permet de mieux apprécier les différences d'action des deux formes d'administration de la vitamine D, prescrite à doses massives et répétées.

1° Il faut attendre en moyenne 4 à 6 jours jusqu'au déclenchement des phénomènes libérateurs : décrochage de la température, amélioration de l'état général, souvent polyurie, etc.

Si, après administration *per os* de deux ampoules buvables, aucun phénomène favorable n'est noté, il y a intérêt, croyons-nous, à pratiquer des injections intramusculaires de vitamine D aux mêmes doses (15 mgr.) et avec le même intervalle de temps entre chaque injection. On aura souvent l'heureuse surprise de constater alors les prémices cliniques de l'évolution favorable.

2° Les polysérites, plus que les sérites isolées et notamment les formes pleuro-péritonéales, réagissent, semble-t-il, plus favorablement aux injections de vitamine D, au point que, délibérément, en présence d'un syndrome de Fernet-Boulant, nous utilisons cette voie d'administration parentérale.

3° L'efficacité thérapeutique de la vitamine D injectable est d'autant plus grande — toujours d'après nos observations — que le sujet est plus jeune. L'observation de notre petite malade semble préciser une meilleure utilisation par l'organisme, en pleine perturbation phospho-calcique pubertaire, de la vitamine D introduite directement dans les tissus (1).

4° En dehors du cadre des sérites et polysérites tuberculeuses, signalons une indication spéciale de la vitamine D injectable que nous avons pu vérifier nous-mêmes : les adénopathies tuberculeuses et fistulisées. Evidemment, il n'y a dans cette thérapeutique rien de spécifique. L'état général ne doit pas être trop gravement atteint et cette action ne dispense pas des autres moyens de traitement classiques, notamment les rayons ultra-violets. Justement, cette association : vitamine D injectable et rayons ultra-violets nous a paru remarquablement efficace.

5° Un test humoral nous a parfois servi de guide. Jamais nous n'avons constaté, dans les pleurésies et péritonites tuberculeuses, de modifications quelconques du bilan phospho-calcique qui s'est montré toujours strictement normal avant ou après traitement. L'évolution de la cholestérolémie, par contre, paraît être un témoin indirect sinon de la drogue injectée, tout au moins de son efficience thérapeutique. Un cholestérol bas (au-dessous de 1 gr. 50) s'élève plus rapidement (en quelques semaines) sous l'influence de la vitamine D injectable.

Certes, notre expérimentation clinique a porté principalement sur l'infection tuberculeuse des séreuses surtout pleurales et péritonéales, et il est peut-être plus facile ici de juger rapidement des différences d'action des deux formes d'administration de la vitamine D. A priori, rien ne s'oppose à ce que les résultats thérapeutiques de la vitamine D injectable dans les diverses affections où cette vitaminothérapie est indiquée, ne soient pas au moins égaux à ceux obtenus par son administration *per os*. Puisque nous avons reconnu des avantages indiscutables à cette voie nouvelle d'introduction dans l'organisme des pleurétiques de la vitamine D, pourquoi ne pas espérer des avantages équivalents dans d'autres maladies ? Ce sont les cliniciens et non les physiologistes qui peuvent préciser les avantages de la vitamine D injectable dans le rachitisme, la tétanie, les ostéoporoses, les ostéopathies de carence, les retards de consolidation, etc.

III. — Défaut d'absorption intestinale de la vitamine D

Aucune nécessité physiologique n'impose l'administration *per os* de la vitamine D, hormis la vieille notion empirique de la valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue dans le rachitisme. En réalité, ce principe vitaminique est très rare dans nos aliments habituels ; il naît de l'irradiation ultra-violette de certains stérols associés à la cholestérine et qui existent normalement dans le corps des animaux, notamment dans leur peau. On pourrait, sans paradoxe, presque affirmer que le jeune enfant rachitique exposé aux rayons ultra-violets reçoit une multitude d'injections sous-cutanées de vitamine D, dont la synthèse est ainsi artificiellement réalisée dans l'organisme par l'irradiation ultra-violette des stérols cutanés. L'injection sous-cutanée ou intramusculaire d'une solution huileuse de vitamine D est l'équivalent de nombreuses séances d'irradiation. L'imprégnation de l'organisme est plus massive, plus rapide, là seulement réside la différence. L'administration *per os* de la vitamine D n'apporte théoriquement aucun gain thérapeutique. Mais cette voie d'introduction dans l'organisme de la vitamine D peut être viciée. Le solvant de la vitamine D est un corps gras, l'huile d'olive généralement. En cas de perturbation des fonctions d'assimilation des graisses — insuffisance pancréatique et biliaire — ce corps gras peut être difficilement ou incomplètement digéré, d'où déficit certain du cœfficient d'absorption de la vitamine D administrée en solution huileuse par voie digestive. Il faut donc pouvoir obvier à cette insuffisance possible d'absorption de la vitamine D par la voie digestive en ayant la possibilité d'une autre voie d'introduction parentérale, l'injection sous-cutanée ou mieux intramusculaire.

CONCLUSIONS

1° Quel que soit le mode d'action de la D-vitaminothérapie à doses massives et répétées, il nous semble indispensable d'avoir la possibilité d'utiliser la voie d'administration parentérale :

a) L'injection intraveineuse de la solution huileuse peut être utile dans certaines formes aiguës de tétanie, spontanée ou postopératoire ;

b) L'injection intramusculaire peut obvier au défaut d'absorption intestinale de la vitamine D, en cas de déficit biliaire et pancréatique ;

c) L'injection intramusculaire rend compte parfois du meilleur rendement thérapeutique après échec ou insuffisance de résultats de l'absorption digestive de la vitamine D.

2° Jamais nous n'avons observé de phénomènes toxiques, d'accidents d'hypervitaminisation ou des calcifications locales, rénales et vasculaires, après plus de 450 injections, nos séries étant en moyenne de 6 à 8 injections, soit 90 à 120 mgr., total que nous n'avons jamais dépassé. Deux séries annuelles (quand elles nous ont paru nécessaires) n'ont jamais été cause du moindre incident.

3° Notre expérimentation clinique a porté sur un cas grave de tétanie spontanée de l'adulte, de nombreuses sérites et polysérites tuberculeuses, des adénopathies suppurées (bacillaires), enfin des tuberculeux pulmonaires. Rien ne paraît, à priori, devoir s'opposer à l'utilisation thérapeutique de cette voie d'administration nouvelle de la vitamine D dans les nombreuses affections où cette médication est efficace.

4° Chez nos malades, le plus souvent des pleurétiques, des péritonéaux, des ganglionnaires tuberculeux, nous associons sytématiquement à la D-vitaminothérapie des injections intraveineuses d'un sel de chaux.

5° L'appréciation du potentiel thérapeutique de la vitamine D injectable ou buvable est essentiellement clinique. Nous n'avons constaté aucune modification du métabolisme phospho-calcique et des phosphatases sériques pendant et après la série d'injections intramusculaires de vitamine D. Nous n'avons pu découvrir aucun test humoral précis d'activité ou d'inefficacité de cette vitaminothérapie ainsi conduite. Les dosages du cholestérol sanguin, à quelques semaines d'intervalle, indi-

(1) Il est certain, évidemment, que les formes graves de sérite ou de polysérite tuberculeuse, celles qui s'accompagnent d'une atteinte des parenchymes ou d'une généralisation granulique, ne sont pas influencées par la vitamine D à fortes doses, quelle que soit la voie d'administration. Cette thérapeutique nouvelle n'est pas la panacée qui guérit toutes les pleurésies ou péritonites tuberculeuses, et ce serait une lourde faute d'appréciation de faire ainsi de la vitamine D un remède spécifique... De même, il est évident que beaucoup de pleurésies ou de syndromes péritonéaux tuberculeux guérissent spontanément ou après un minimum d'efforts thérapeutiques, et le repos, une excellente cure hygiéno-diététique demeurent l'essentiel du traitement. Il ne faut pas trop demander à cette thérapeutique, beaucoup de cas guérissent sans elle. Notre expérience actuelle nous permet néanmoins d'affirmer que la vitamine D à fortes doses, donnée *per os* ou en injections, transforme l'évolution de certaines sérites ou polysérites tuberculeuses qui guérissent plus vite et à moindres frais.

quent une hypercholestérolémie de bon augure généralement, surtout quand, initialement, le taux du cholestérol sanguin est bas, à 1 gr. 50 et au-dessous. Mais cette hypercholestérolémie traduit, semble-t-il, les résistances accrues du terrain (1), non le retentissement humoral direct de la vitaminothérapie. Un test d'efficacité thérapeutique précis est encore à trouver, quel que soit d'ailleurs le mode d'administration de la vitamine D (2).

(1) M. Fourestier et A. Ancelin. Intérêt de la confrontation des examens humoraux dans la tuberculose pulmonaire : cholestérolémie, haptoglobine, sérofloculation à la résorcine, etc. *La Presse Médicale*, n° 28, 24 juillet 1943, p. 403.

(2) Une hypothèse mériterait d'être vérifiée : l'étude chronaximétrique neuro-musculaire avant, pendant et après traitement par la vitamine D injectable à doses massives et répétées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 janvier 1944

Installation du bureau pour 1944. — Allocution de M. Balthazard, président sortant, et de M. Perrot, président pour l'année 1944.

Notice nécrologique sur M. Nobécourt. — M. Lesné.

Bubon inguinal tuberculeux d'origine vénérienne. — M. A. Sézary. — Observation d'un bubon inguinal reconnu tuberculeux (pus tuberculisant le cobaye) formant chez une femme l'élément ganglionnaire d'un complexe de primo-infection. Des éraillures vulvaires, d'aspect banal, constituent la seule porte d'entrée reconnaissable.

Le conjoint de la malade est porteur d'une épididymite tuberculeuse antérieurement diagnostiquée. Le sperme du sujet tuberculise le cobaye.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire dans la 1re section (médecine et spécialités médicales) en remplacement de M. Nobécourt.

Commissions permanentes pour l'année 1944 :

Hygiène et maladies contagieuses. — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Martel, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux Minérales. — MM. Carnot, Tiffeneau, Radais, Le Noir, Lœper, Villaret, Chevassu, Harvier, Polonovski, Fabre.

Vaccine. — MM. Martel, Martin, Petit, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin, Bénard.

Hygiène de l'enfance. — MM. Renault, Couvelaire, Lesage, Lesné, Lereboullet, Debré, Ribadeau-Dumas, Bénard.

Sérums. — MM. Vincent, Martin, Renault, Radais, Brocq-Rousseu, Lemierre, Ramon, Bénard, Fabre.

Tuberculose. — MM. Bezançon, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas, Lesné, Veau, Courcoux, Troisier.

Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Sacquepée, Urbain.

Maladies vénériennes. — MM. Claude, Tiffeneau, Levaditi, Brindeau, Tanon, Milian, Gougerot, Urbain.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau, Milian, Gougerot, Richet.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Martin, Carnot, Delépine, Radais, Portier, Ramon, Binet, Fabre.

Comité de publication. — MM. Perrot, Brouardel, Achard, Renault, Jolly, Delépine, Baudouin, Pagniez.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Hartmann, Rouvillois, Rist, Cunéo, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel, Veau, Baumgartner.

Commission des membres libres. — MM. les Membres de la section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Tiffeneau, Gosset, Jolly, Roussy, Rouvillois, Bertrand, Binet.

Séance du 18 janvier 1944

Notice nécrologique sur M. Lambret. — M. Mocquot.

Rapport aux noms des Commissions du rationnement alimentaire et du rationnement pharmaceutique. — M. Fabre.

Action des oxydants et des réducteurs sur l'indice de nutrition des eaux minérales. — M. J. Rimattei (présenté par M. Villaret). — L'indice de nutrition, différence de potentiel entre l'eau minérale et les tissus de l'être vivant qu'elle baigne diffère selon que l'eau minérale examinée vient de la source ou a été conservée en bouteille. Les auteurs en ont mesuré les variations dans des eaux sulfureuses (Uriage) et non sulfureuses (Salins, Moutier, Brides).

Cet indice varie sous l'influence des oxydants ; il croît jusqu'à un maximum, puis garde une valeur constante voisine de ce maximum. Variation de sens inverse et symétrique sous l'action d'un réducteur. Cette action des réducteurs peut être tempérée par l'adjonction d'une certaine quantité d'un oxydant.

Diabète et électrochoc. — MM. J. de Ajuriaguerra et D. Colomb (présentés par M. J. Lhermitte). — Chez une maniacodépressive à son 15e accès, sans passé diabétique, mais ayant une légère insuffisance hépatique, on voit à la 3e séance d'électrochoc survenir un diabète avec glycosurie, glycémie et polydipsie importantes et polyurie modérée asthénie, amaigrissement, somnolence.

Les divers traitements sont d'efficacité passagère. La ponction lombaire agit cependant sur la polyurie, la glycosurie et la formule sanguine.

Il semble qu'ait été touché dans ce cas l'élément nerveux du mécanisme glycorégulateur, siégeant au niveau du 3e ventricule.

L'électrochoc paraît avoir joué le rôle de trauma déterminant.

Les sels organiques de cuivre dans le traitement des rhumatismes chroniques. — M. J. Forestier. — La chrysothérapie, médication actuellement usuelle, peut être empêchée par l'intolérance ou la résistance du sujet. Ayant, au cours de dix années, essayé divers médicaments qui pourraient remplacer les sels d'or, l'auteur a traité 93 malades par cuproallylthiourée-benzoate de soude (19 % de Cu) ou le cuprosothiopropanol-sulfonate de sodium (24 % de Cu).

Ces sels de cuivre, employés par voie veineuse, dans le traitement des arthrites inflammatoires, ont été habituellement bien tolérés mais semblent, à dose égale, moins efficaces que les sels d'or. Il semble que la posologie jusqu'ici observée sur la foi des travaux antérieurs puisse être augmentée avec avantage.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 janvier 1943

Un cas de volvulus de la vésicule biliaire. — M. Latarjet. — Rapport de M. Soupault.

Sur la technique des spéléotomies. — MM. Bernou et Goyer. — Rapport de M. Soupault.

Ablation de la rotule pour poussées suppuratives dues à un cerclage métallique ancien dans une fracture fermée. Très bon résultat fonctionnel. — MM. Chalnot et Grumillier. — Rapport de M. Sorrel.

Pancréatite aiguë provoquée par un ascaris des voies biliaires. — MM. Herbert et Marion. Rapport de M. Moulonguet.

A propos d'une occlusion rare du grêle, l'iléus alimentaire. — M. Alain Mouchet a observé deux cas de cette affection exceptionnelle dont il discute les facteurs étiologiques. L'entérotomie paraît la conduite logique mais la mortalité globale est de 35 %.

Deux observations d'iléus alimentaire. — MM. Debeyre et Leroy. — Rapport de M. Al. Mouchet.

Un cas d'iléus alimentaire. — M. Barbier.

A propos de deux observations d'iléus alimentaire. — MM. Sénèque et Roux.

Présentation de malades opérés de ténoplasties à la soie. — M. Boppe.

Séance du 19 janvier 1943

A propos de l'iléus alimentaire. — MM. Mocquot, Moulonguet, Mondor en apportent des observations.

Images radiographiques d'ascaris au cours d'une subocclusion. — MM. Cottenot, Fèvre et Cherigié.

Vitamine K et prévention des hémorragies postopératoires des hépatiques. — M. Mallet-Guy montre que l'administration de vitamine K est subordonnée à la diminution du taux de prothrombine dans le sang.

Cinq observations d'œdème malin de la face traités par la méthode de Legroux. — M. Lafitte. — M. Moulonguet présente une observation due à M. Verne.

MM. Sénèque, Leveuf et Basset rapportent également des cas personnels, mais mettent en doute l'efficacité des sulfamides, ainsi que M. Sorrel.

Sur les signes cliniques de l'appendicite aiguë. — M. Chavannaz.

Traitement des séquelles de la paralysie obstétricale du plexus brachial. — M. R. Massart. — M. Leveuf rapporteur.

Les troubles de la miction après ablation du cancer du rectum. — MM. Cibert, Caveilher, Maillet et Pujol. Rapport de M. Fey montrant que ces troubles sont souvent latents.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 21 décembre 1943

Infantilisme hépatorénal avec troubles du métabolisme des lipides, des protides et des glucides. — MM. Heuyer, Hurez et d'Œlnitz.

Maladie existante chez deux jumelles monozygotes. — M. Lamy, Mme Pognen, Mlle Schweisguth et M. Sévin.

Agénésie du noyau épiphysaire huméral avec élargissement du bulbe de l'os. Raccourcissement du bras. — MM. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine.

Angiome du jumeau externe. — M. Lange.

Etude sur la croissance des enfants d'un groupe scolaire en 1942-1943. — M. Boulanger-Pilet et Mlle Breuille.

Syndrome agranulocytaire mortel après un traitement par le sulfanobenzol. — MM. Chevalley, Delthil et Le Loch.

L'état sanitaire actuel des enfants. — MM. Huber et Rouèche.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 17 octobre 1943

L'électrocardiogramme dans la sténose aortique orificielle. — MM. D. Routier et P. Dailheu-Geoffroy.

Troubles cardiaques dans un cas de maladie de Friedreich. — MM. Ledoux et Surdey.

Le cœur en galette. — MM. C. Lian, J. Facquet et M. Marchal montrent que dans le thorax en entonnoir les dimensions radiologiques du cœur peuvent être notablement augmentées en position frontale, tandis qu'elles sont fortement diminuées en position transverse. Ces faits sont importants à connaître car, dans plusieurs observations, les malades avaient été considérés comme des cardiaques. En fait, si l'on songe à prendre en considération les dimensions très diminuées du cœur dans le sens antéro-postérieur on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'un gros cœur mais d'un cœur aplati, en galette.

Dans la plupart des cas le cœur est refoulé vers la gauche en même temps qu'aplati et son bord droit peut être masqué par la colonne vertébrale, ce qui peut conduire à une majoration illicite des dimensions cardiaques en position frontale.

La notion de cœur en galette s'applique à certains thorax plats, en l'absence même de la déformation en entonnoir.

Un nouveau cas de périartérite noueuse de Kussmaul-Mayer. — MM. Bérard et Lesbros.

Accès de tachycardie paroxystique (flutter probable) guéris par la thyroïdectomie. — M. Bérard (Saint-Etienne).

Contribution à l'étude de la dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. — MM. J. Lequime, J. van Heerswynghels et M. Herlant. — Observation anatomo-clinique d'une malade présentant le syndrome « grosse pulmonaire-petite aorte », chez qui il existait une communication interauriculaire et une communication interventriculaire. Les méthodes gazométriques de détermination des shunts ont permis de mettre en évidence chez le sujet étudié l'existence d'un shunt veino-artériel considérable. L'application de telles méthodes à l'étude des cardiopathies congénitales de ce type nous paraît devoir être généralisée ; elle permettra, en effet, de déterminer avec précision si un syndrome « grosse pulmonaire-petite aorte » donné, s'accompagne ou non de communication anormale entre les cavités cardiaques.

Autopsie d'un cas de dilatation segmentaire congénitale de l'artère pulmonaire. — M. J. Lenègre, Mme J. Roudinesco et Mlle G. Marquis. — Suite et fin de la deuxième observation d'une communication de ces auteurs à la séance du 21 mars 1943, de la Société Française de Cardiologie (*Arch. Mal. Cœur*, 36, 55, 1943).

Altérations électrocardiographiques passagères après une crise de tachycardie paroxystique. — M. Fr. Joly.

Troubles électrocardiographiques dans un cas de botulisme. — M. Fr. Joly.

Maladie de Bouveret à terminaison anormale. Troubles de la conductibilité avec arythmie paroxysmale. Mort subite en cours d'accès. — MM. R. Froment, P. Blondet et B. Coblentz.

Cancer du cœur secondaire à un séminome. — MM. Roques, J. Fabre, de Brux et Bollinelli.

Indications données par l'examen cardiaque pour le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. — M. J. de Brux fait d'abord une nette séparation entre les hypertensions d'origine néphrétique vraie et celles dues à une néphroangiosclérose maligne car le symptôme est le même, mais la maladie est différente.

1° Dans les hypertensions artérielles liées à une néphrite, l'examen du cœur doit être fait très soigneusement par la clinique, l'orthodiagramme et l'E. C. G. Il faut écarter du traitement chirurgical tout sujet dont le myocarde témoigne de la moindre déficience, pour si minime qu'elle paraisse. L'état du rein est relativement peu important ;

2° Dans les néphroangioscléroses malignes, au contraire, l'existence d'une déficience rénale doit faire rejeter l'intervention. Si le rein est en bon état, on peut intervenir, même si le cœur présente des signes légers de défaillance ;

3° L'examen du cœur doit être fait pour le choix de l'intervention de façon à rechercher la « marge de sécurité myocardique » faute de quoi on risque de voir survenir quelques heures après l'intervention un shock difficilement surmontable.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DU COL DU FÉMUR

(fin) (1)

Pronostic et Évolution.

Le pronostic est grave, fait de deux éléments :
Des complications générales vitales ;
Des complications locales, fonctionnelles.

I. — *Complications générales.*

Dès les premiers jours, des complications générales de décubitus sont à craindre chez le *vieillard peu résistant.*

a) De la rétention d'urines, aboutissant à l'infection de tout l'arbre urinaire, souvent mortelle chez les distendus ;

b) Des escarres de décubitus, sacrées, talonnières, s'infectant fréquemment ;

c) Des complications pulmonaires : mélange de congestion des bases, de bronchite diffuse, de broncho-pneumonie ;

Ne se traduisant cliniquement que par un minimum de signes fonctionnels et physiques : une expectoration purulente, un peu de dyspnée, mais avec une langue sèche, des urines rares, un cœur défaillant amenant la mort dans le collapsus cardiaque.

Citons, en outre, chez le vieillard, comme chez l'adulte, les classiques embolies graisseuses, les arthrites sulfurées consécutives le plus souvent à des fractures par coup de feu.

En réalité chez l'adulte, comme chez le vieillard résistant, ce qui compte c'est l'évolution locale.

II. — *Evolution locale.*

Elle dépend essentiellement de la variété de la fracture et du traitement qui lui a été appliqué.

Trois ordres de complications peuvent être observés :

Les troubles et défaut de consolidation propres aux fractures cervicales vraies, sauf exception. Les consolidations vicieuses, assez exclusives des fractures cervico-trochantériennes.

L'arthrite déformante commune aux deux variétés.

A. — *Evolution de la fracture cervicale vraie :*

Diverses éventualités peuvent être observées :

1° *Consolidation osseuse normale* avec « restitutio ad integrum ».

La fracture a été exactement réduite, condition indispensable du succès et maintenue par synthèse. Elle est suivie régulièrement par l'examen clinique et des radiographies successives.

Les deux fragments se décalcifient parallèlement sans se déformer ni se résorber. Le cal osseux apparaît du 6e au 8e mois. Le résultat clinique est excellent. Ces cas, où l'on pense que la vascularisation de la tête est conservée, sont maintenant assez fréquents.

2° *Consolidation osseuse avec déformation du col.*

Le fragment capital reste dense, mal vascularisé semble-t-il ; le fragment externe, par contre, se décalcifie intensément et peut s'user, se résorber.

Le cal n'apparaît que tardivement et le col a subi une déformation soit en *coxa-vara* par abaissement de la tête, soit avec *raccourcissement.* Le résultat clinique est généralement favorable à condition que l'appui sur le membre fracturé ne soit permis que très tardivement pour permettre aux bourgeons venus du fragment externe de réhabiter la tête.

3° *Consolidation retardée avec déformation tardive de la tête.*

Après une évolution analogue à la précédente le résultat paraît excellent, mais la tête reste dense en totalité ou en partie. Tardivement, entre 10 à 15 mois après la fracture, le malade présente des troubles d'intensité variable : douleurs articulaires, boiterie, limitation de l'abduction.

Radiologiquement l'on voit se former un *séquestre ostéo-cartilagineux* occupant la partie supérieure de la tête. Sous l'influence de la marche, ce séquestre s'aplatit, peut se morceler, se résorber. Si on immobilise le membre, après avoir enlevé le clou, il se consolidera peu à peu, en laissant une tête déformée.

On attribue ces cas à une nécrose de la tête avec réhabilitation incomplète.

4° *Pseudarthrose.*

C'est la complication majeure des fractures cervicales vraies.

Etiologie. — Plusieurs facteurs sont susceptibles de la faire apparaître. *Causes locales :*

Le *siège du trait* de fracture :
Sous-capital ;
Vertical.

Le *type de la fracture :* Fracture par adduction avec déplacement important. L'ascension du grand trochanter, l'interposition interfragmentaire, la nécrose de la tête et la résorption du col sont des facteurs essentiels.

Il faut insister tout spécialement *sur la réduction incomplète ou nulle de la fracture* (Rôle, en particulier, de la rotation du fragment céphalique en avant ou en arrière, difficile à apprécier sur les clichés et ceux d'une mauvaise adaptation des fragments qui ne sont qu'en contact linéaire).

---

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 2, 10 janvier 1944.

Les *causes générales* n'ont qu'un intérêt secondaire. L'âge ne semble pas jouer. Signalons le rôle de la syphilis, des déficits endocriniens, etc.

La *date d'apparition* est variable et difficile à fixer. Certaines fractures ont d'emblée une évolution anormale, mais le traitement employé masque la complication : le malade « marchant sur son clou ». D'autres cas, n'ayant pas été traités ou l'ayant été à mauvais escient ne sont que des fractures anciennes devenues irréductibles après un laps de temps variable de trois à six mois en général.

Clinique :

a) *Pseudarthrose en vue de constitution.*

L'attention est attirée par des *troubles fonctionnels.*

Apparition de douleur et instabilité de l'appui pelvien du membre inférieur donnant une boiterie douloureuse plus ou moins accentuée.

L'attitude vicieuse se reproduit en rotation externe, adduction et raccourcissement.

C'est l'*examen radiologique* qui affirmera la pseudarthose ou la fera prévoir en montrant l'absence de cal osseux, a indiqué de plus une modification des fragments.

b) *Pseudarthrose constituée.* Elle peut être :

1° *Lâche.* Le malade couché présente les signes d'une fracture sans engrènement : attitude vicieuse, raccourcissement, impotence fonctionnelle.

La marche est impossible ou très gênée, avec douleur et plongeon.

2° *Serrée.* Parfois le malade accuse peu de troubles et il existe une bonne adaptation fonctionnelle. Souvent il souffre et boite. On a décrit les signes du tiroir et du piston, ils sont difficiles à mettre en évidence.

L'*examen radiologique* est très important pour affirmer le diagnostic dans les cas difficiles et déduire la conduite thérapeutique.

Il est des pseudarthroses *simples* où l'aspect, la forme, l'opacité des fragments sont normaux. Mettre le membre en rotation interne pour avoir toute la longueur du col.

La pseudarthrose est tantôt nette avec un espace clair entre les deux fragments, une ascension du fragment externe, tantôt discrète et alors faire des clichés après traction, pulsion, ou sur le sujet debout.

Il est des pseudarthroses *complexes* où les fragments sont modifiés : résorption du col, tête opaque, nécrosée ou au contraire morcelée, résorbée.

Ces différents types poseront des indications thérapeutiques spéciales à chaque cas.

B. — *Evolution de la fracture cervico-trochantérienne :*

1° *Cas favorable.* La fracture consolide en bonne position. Le résultat fonctionnel est bon. Il faut néanmoins retenir les effets d'une longue immobilisation avec atrophie musculaire, retentissement sur le genou, la hanche, arthrite chronique sur laquelle nous reviendrons.

2° *Cas défavorables.* La fracture *consolide* mais en *attitude vicieuse* de coxa-vara traumatique avec raccourcissement peu grave, s'il est inférieur à 5 centimètres, rotation externe et adduction plus graves limitant les mouvements opposés. Claudication gênante avec douleurs dans la hanche et le genou.

c) *L'arthrite traumatique.*

Peut grever les suites de l'une et de l'autre variétés de fractures.

Des formes de gravité croissante peuvent être observées, allant des simples raideurs articulaires à l'ankylose complète.

Elles se traduisent par des douleurs, des craquements, une sensation d'instabilité, un enraidissement progressif.

Radiologiquement on peut observer un aspect de cosarthrie rare avec pincement de l'interligne, tête dense souvent tachetée et formations ostéophytiques discrètes sur la périphérie de la tête et du côtyle, ou un aspect d'ostéo-chondrite disséquante que nous avons signalé, ou même un aspect fragmenté de la tête qui s'aplatit en casquette, se désagrège et peut même disparaître.

Enfin, l'arthrite traumatique peut toucher le côté opposé, le genou, etc.

FORMES CLINIQUES.

1° *Formes latentes et incomplètes.*

Elles peuvent évoluer en deux temps. C'est dire qu'il ne faut pas faire le diagnostic de contusion simple de la hanche, sans s'être assuré, par de très bonnes radiographies prenant les deux cols fémoraux en rotation interne qu'il n'existe pas de fracture du col.

2° *Formes asociées* à une lésion du sourcil cotyloïdien, du cotyle. Importance du toucher rectal.

3° *Fractures pathologiques.*

Rechercher une lésion nerveuse (tabes), une tumeur osseuse, un cancer primitif (corps thyroïde, sein, prostate etc.).

4° *Fractures de l'enfant.*

Elles sont rares. Il s'agit souvent d'un décollement épiphysaire complétant la fracture. Le diagnostic en est difficile du fait de la coxa-vara dystrophique.

S'agit-il d'une fracture traumatique ou d'une fracture pathologique sur coxa-vara ? Chez un enfant présentant des signes de coxa-vara, s'agit-il d'une coxa-vara essentielle ou d'une fracture consolidée en mauvaise position ?

En fait il s'agit presque toujours d'une coxa-vara ssentielle ou d'une fracture pathologique. On notera l'importance de la notion de traumatisme, de la limitation caractéristique de l'abduction, de la rotation interne, de la flexion. On recherchera sur les clichés des signes de dystrophie, de modifications du col.

Diagnostic en général facile.

A. — *Déformation évidente :*

1° *La luxation antérieure.*

Son attitude vicieuse rotation externe et abduction avec saillie antérieure de la tête plus importante et plus intense.

2° *Les fractures du bassin.*

Double verticale : la hanche est libre, l'épine iliaque antéro-supérieure est remontée, les points douloureux.

Sourcil cotyloïdien : Attitude de fausse luxation, mobilité en piston.

Fond du cotyle : Aplatissement de la région trochantérienne avec très légère ascension du grand trochanter ; attitude vicieuse variable et corrigible ; le maximum douloureux ne correspond pas au col ; le touchr rectal : saillie et point douloureux.

3° Fractures du *col chirurgical* du fémur, sous-trochantériennes : Crosse, gros raccourcissement.

Le grand trochanter ne suit pas les mouvements imprimés à la cuisse.

Le raccourcissement du membre se mesure entre grand trochanter et malléole.

4° *Fractures trochantéro-diaphysaires.* Douleur sur le grand trochanter qui ne suit pas les mouvements. Déformation réductible avec crépitation.

5° Traumatisme survenu au niveau d'une articulation dystrophique ou malformée.

A l'occasion d'une chute, douleur, impotence fonctionnelle. A l'examen : adduction, rotation externe, ascension du grand trochanter.

Le diagnostic est facile si les lésions sont bilatérales. Sinon on demandera le secours de la radiographie.

B. — *Pas de déformation nette.*

1° Fracture du trochanter.

Isolée du grand ou du petit trochanter.

2° *Contusion de la hanche.* C'est un diagnostic d'exclusion des formes incomplètes que l'on ne peut faire que sur de très bonnes radiographies.

C. — Diagnostic de la *variété* de fracture.

Nous en avons vu les éléments.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Elles sont conditionnées par la variété de fracture et la résistance du sujet.

Certains auteurs (Huet) estiment qu'il y a urgence à traiter immédiatement la fracture d'une façon active, en particulier dans sa variété cervicale vraie, par un enclouage extra-articulaire à minima, façon la plus sûre d'éviter les complications de décubitus par une mobilisation précoce, chez le vieillard peu résistant.

La grande majorité des auteurs, par contre, juge nécessaire *la mise en observation* des malades pendant une période de quelques jours. Pendant ce temps le traitement général vise à empêcher la production d'escarres par des soins de propreté rigoureux, les troubles cardio-pulmonaires par l'administration de toni-cardiaques.

a) Malgré ces soins, certains malades meurent dès les premiers jours ;

b) Pour d'autres, il apparaît qu'ils ne seront pas capables de supporter un traitement actif. Et l'on est amené à n'appliquer qu'un *traitement palliatif* : l'extension continue, par exemple, dans les fractures cervicales vraies, ce qui est une « abstention déguisée » ; dans les cervico-trochantériennes on ne réduit pas pour n'avoir pas à maintenir la fracture.

c) Le blessé peut supporter un traitement actif. Il diffère avec la variété de fractures.

A. — *Fractures cervico-trochantériennes.*

La *réduction* est indispensable s'il existe un déplacement important.

Le *maintien* de la réduction devra être assuré. Diverses méthodes sont employées :

L'*extension continue* par broche transosseuse ou par une petite botte plâtrée avec attelle de dérotation pour éviter la reproduction du déplacement en rotation externe.

Certains utilisent le grand *plâtre pelvi-crural.* Il a l'inconvénient de nécessiter un sujet très résistant ; on peut lui préférer des appareils permettant la station assise.

Certains auteurs utilisent même dans ces cas *l'enclouage* extra-articulaire qui évite les inconvénients de la longue immobilisation. Signalons qu'il ne faut pas enclouer les fractures s'accompagnant d'un gros fragment postérieur et les fractures transtrochantériennes, l'agent de synthèse manquant de point d'appui.

Quelle que soit la méthode de contention, l'immobilisation, si elle est supportée, ne doit pas être inférieure à deux mois. Le lever ne sera pas autorisé avant trois mois.

B. — *Fractures cervicales vraies :*

1° *Fracture par abduction de Bœhler.*

Certains auteurs, tenant compte de l'évolution habituelle spontanée vers la consolidation, se contentent, sans les avoir réduites, de les immobiliser dans un appareil plâtré : culotte plâtrée six semaines (Bœhler) grand plâtre pelvi-cruro-jambier, 2 mois (Boffi).

L'enclouage, après réduction orthopédique, utilisé par d'autres, est une méthode de prudence sans qu'on puisse parler d'opération de nécessité.

2° *Fractures non pénétrées, ni engrenées.*

De nombreuses méthodes ont été utilisées :

L'*extension continue*, type Tillaux ; ou par broche transosseuse ; avec contrextension par appui pelvien ; combiné à la suspension. Elle peut avoir une indication, comme méthode d'attente ou chez un blessé présentant d'autres lésions.

L'immobilisation plâtrée, après réduction orthopédique, avec grand plâtre type Royal Whitmann ou ses variantes, appareil de Judet, de Ducroquet, appareil de marche de Bœhler. C'est une méthode de technique difficile et ne donnant qu'un bon résultat sur deux environ.

Aussi lui préfère-t-on actuellement la méthode mixte : *Réduction orthopédique.* Elle doit être *parfaite*, suivie *d'enclouage* par voie *extra-articulaire* avec le clou de Smith-Petersen.

Cette méthode assure l'impaction, c'est-à-dire l'engrènement parfait, la contention, grâce au clou à ailettes, empêchant la tête de tourner. En outre, il s'agit d'une intervention minima, supportée par des malades même très âgés et relativement peu résistants, à l'inverse de l'immobilisation plâtrée. De plus, ses résultats fonctionnels sont bien supérieurs, atteignant 70 % environ de bons cas, voire davantage.

Certains font précéder la réduction d'une courte phase d'extension continue.

L'évolution sera suivie, nous l'avons vu, par des examens cliniques et radiologiques répétés.

Dans quelques rares cas, la réduction ne peut être obtenue par les manœuvres orthopédiques. On est alors conduit à réduire après *arthrotomie*, puis à enclouer sous le contrôle de la vue, intervention plus shockante.

C. — *Formes compliquées et échecs de l'enclouage.*

1° *Pseudarthroses.* On n'interviendra pas dans certains cas :

Pseudarthroses serrées avec adaptation fonctionnelle suffisante ;

Chez les vieillards à état général déficient, le choix des procédés varie avec le type de la pseudarthrose :

a) Dans les pseudarthroses récentes, parfaitement réductibles, comportant un col et une tête en bon état, l'*enclouage extra-articulaire* pourra être tenté ;

b) Les pseudarthroses anciennes ou irréductibles, ou comportant une altération des fragments seront traitées par des *interventions stabilisatrices.*

La *résection arthroplastique* s'applique aux sujets robustes, présentant un col non résorbé, une tête en mauvais état, un trochanter peu surélevé.

L'*ostéotomie* convient aux sujets âgés, moins résistants, avec col disparu, mais tête en bon état. Le procédé sera choisi de sorte que le fragment diaphysaire vienne se mettre le plus possible sous la tête pour fournir un bon appui.

2° *Arthrite déformante.* Le fragment idéal en est la résection arthroplastique.

3° *Consolidations vicieuses.* Elles peuvent justifier une ostéotomie.

Claude VERSTRAETE.

INFORMATIONS

(Suite de la page 34)

Prix des Etablissements « Specia », décerné à l'interne reçu premier au concours de l'internat 1943-1944 : M. Christian Henry.

Prix des Etablissements « Specia », décerné à l'externe reçu premier au concours de l'externat 1943-1944 : M. Bernard Algan.

Prix du Commissariat général de l'Education générale et des Sports : M. Henri Godot.

Prix de fin d'études dentaires. — Premier prix : M. Pierre Lassus ; 2e prix : Mlle Ludmilia Goloubinow. — Mention très honorable à Mlle Alice Limborg. — Mention honorable à Mlle Stéphanie Marciniak.

Prix de thèse. — Premier prix : M. René Herbeuval. — 2e prix : MM. Antony Bergeron et André Lecoanet. — Mention très honorable à M. Jacques André, Mme Georgette Edert, née Huck et M. Jean Penin. — Mention honorable à Mme Simone Cealis-Noël, MM. Pierre Gayet et Claude Masson.

Cours

Enseignement préparatoire au diplôme de médecin-conseil des Assurances sociales. — Une session d'enseignement obligatoire pour les candidats aux fonctions de médecin-conseil des Assurances sociales s'ouvrira au siège de l'Institut National d'Action Sanitaire des Assurances sociales, 1, avenue de Tourville, Paris (7e), le 7 février 1944.

Inscriptions gratuites reçues du 3 au 31 janvier. Bourses d'études prévues. Epreuves de l'examen en août 1944.

Mariage

M. le Professeur et Mme G. Beltrami font part du mariage de leur fils Ivan Beltrami, externe des hôpitaux, avec Mlle Marie-Claude Meyer-Lepleux, Marseille, 8 janvier 1944.

Nécrologie

On annonce la mort de :

M. le Dr Piatot, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1895), ancien président de la Société d'Hydrologie, médecin consultant à Bourbon-Lancy.

M. le Professeur Tédenat, professeur honoraire de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

M. le Dr Charles Montaigne, décédé accidentellement à Tourcoing, à l'âge de 42 ans.

M. le Dr Mouchotte, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1899), décédé le 15 janvier dans sa propriété de la Seine-Inférieure.

LIVRES NOUVEAUX

Radio-diagnostics urgents. Abdomen, par H. MONDOR, P. PORCHER, C. OLIVIER. — Un volume de 340 pages, 503 figures (Masson et Cie). Paris, 1943.

En dépit de la trop modeste affirmation des auteurs qui estiment n'apporter qu'un « instrument de travail », cet ouvrage constitue une véritable somme de nos connaissances actuelles en radiologie abdominale d'urgence. Il est difficile de rendre compte d'un livre où l'iconographie est inséparable d'un texte riche d'une documentation personnelle considérable et d'une très sûre érudition. Après avoir établi la légitimité incontestable de l'examen radiologique, les auteurs en précisent avec soin les modalités techniques, montrant en particulier les avantages que comporte la prise du cliché en décubitus latéral gauche, en Trendelenburg. Ils étudient ensuite les différents syndromes abdominaux aigus : pneumo-péritoine des perforations digestives, occlusions intestinales, pancréatites aiguës, infarctus, etc... Ce livre constitue certainement le meilleur guide pour le chirurgien soucieux de perfectionner ses connaissances dans ce domaine encore incomplètement exploré de la pathologie d'urgence.

P. L.

Comprendre pour mieux agir, par le Dr André ARTHUS. — Un vol. 408 pages 14 x 23, couvert. deux couleurs. Aux Editions J. Susse, 9, rue Richepanse, Paris (8e). Prix : 78 francs.

Ce livre, qui s'adresse particulièrement aux parents, aux éducateurs, aux chefs — et aussi à ceux qui éprouvent des difficultés dans la conduite de leur propre existence, est une étude théorique et pratique du problème bio-psychologique, c'est-à-dire des étroits rapports qui unissent le moral et le physique.

Pour mieux agir, donc pour mieux diriger sa vie et celle des autres, il faut savoir et comprendre les poussées qui, prenant naissance dans notre être physique et dans nos fonctions physiologiques, viennent conditionner ou influencer notre activité consciente et notre sensibilité, souvent à notre insu.

Ces pages ont été écrites par un médecin spécialisé dans le domaine des glandes à sécrétions internes et dans les questions médico-psychologiques — et qui passa les premières années de sa carrière scientifique dans les laboratoires de biologie. Elles sont rédigées aussi simplement que possible à l'intention d'un public averti mais nullement spécialisé. G.

Thérapeutique clinique journalière des maladies du foie et des voies biliaires (Professeur M. CHIRAY, Drs A.-R. SALMON et E. ROGER). Un volume 14,5 x 23 cm., 176 pages, 95 fr. Maloine éditeur, Paris 1943.

Dans cet ouvrage, les auteurs ont condensé tout ce qu'il faut connaître dans la pratique courante des maladies du foie et des voies biliaires. Eliminant les discussions pathogéniques et les considérations théoriques, ils ont résumé, pour chaque affection, les signes de début, les éléments de diagnostic positif, les examens de laboratoire indispensables, le pronostic et tout particulièrement le traitement.

Tout d'abord, ils envisagent la thérapeutique clinique dans les grandes maladies du foie : les ictères, les cirrhoses, la tuberculose et la syphilis, les infections et suppurations, les parasitoses et les tumeurs, puis ils exposent successivement la thérapeutique clinique des syndromes vésiculaires ; celle des affections vésiculaires classées, cholécystites calculeuses et non calculeuses avec leurs complications ; celle des atonies et stases vésiculaires, des parasitoses, des cancers et des fistules biliaires ; enfin, ils consacrent quelques pages aux affections des voies biliaires extra-hépatiques, calculs, cancers, spasmes, ainsi qu'à celle de leurs compressions.

A la suite de ce premier exposé clinique, et c'est là un des côtés originaux et particulièrement utiles de ce traité, le lecteur trouvera deux chapitres consacrés, l'un à la thérapeutique clinique des maladies du foie et des voies biliaires secondaires aux affections viscérales ; l'autre à celui des syndromes viscéraux consécutifs aux maladies du foie et des voies biliaires. Dans le premier de ces deux chapitres, est exposé le traitement des accidents hépatiques observés chez les cardiaques, les rénaux, les gros mangeurs, les arthritiques, les diabétiques, les obèses, les paludéens, les anémiques, les coloniaux, les femmes enceintes. Dans le second, se trouve traitée la thérapeutique de toute la série des accidents viscéraux communs chez les hépato-biliaires : angine de poitrine, dyspepsies, troubles intestinaux, migraines, œdèmes, épistaxis hématémèses, hémorroïdes, purpura, xanthélasma.

Trois chapitres très importants et particulièrement intéressants au point de vue de la pratique médicale courante terminent ce livre. Ils sont consacrés, l'un aux grands médicaments, l'autre aux régimes avec les indications et contre-indications, le mode de préparation des diverses variétés d'aliments, le troisième aux cures thermales dans le traitement des affections hépato-biliaires.

Ce volume est le premier d'une série de « Précis de thérapeutique clinique journalière » publié sous la direction de M. le Professeur Chiray. Sa lecture démontre l'utilité de cette nouvelle collection qui rendra grand service aux médecins praticiens en leur apportant un aide-mémoire précieux pour leur pratique médicale courante. G.

Théorie de l'électro-encéphalogramme, Etats élémentaires, par Ivan BERTRAND, directeur à l'Ecole Pratique de Hautes Etudes et de l'Institut de Neurobiologie à la Salpêtrière, et R.-S. LACAPE, ingénieur, assistant à l'Institut de Neurobiologie. Un volume in-8° de 160 p. avec 100 fig. dans le texte et hors-texte, 180 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'électro-encéphalographie a désormais dépassé le stade de la recherche pure, pour entrer dans le domaine des applications pratiques. En médecine, l'étude des tumeurs, de l'épilepsie, des psychoses, tire de ce nouveau mode d'exploration de précieux renseignements concernant le diagnostic et même la conduite thérapeutique.

Malheureusement les tracés encéphalographiques apparaissent souvent à l'œil comme inextricables, et l'on ne peut en tirer toutes les conclusions souhaitables. Devant ces trop réelles difficultés, MM. Ivan Bertrand et R. Lacape se sont attachés à l'analyse mathématique des enregistrements. Ils placent ainsi définitivement la question sur le plan de la recherche scientifique rationnelle où la mesure précède toujours l'établissement des lois.

Dans ce travail original, basé sur l'abondante documentation de l'Institut de Neurobiologie de la Salpêtrière, les auteurs démontrent que les tracés encéphalographiques sont susceptibles d'être représentés sans difficultés par des séries trigonométriques à nombre de termes limités et par conséquent que l'analyse peut en être faite intégralement, soit par des procédés mathématiques connus, soit par un appareillage électrique conforme à ces procédés. Le résultat étant d'introduire une nouvelle science, la spectrologie bioélectrique de l'encéphale, spectrologie dont les auteurs donnent des exemples caractéristiques.

La généralisation de la méthode et les conclusions qui en découlent constituent une véritable découverte. L'intérêt doctrinal et pratique de cet ouvrage abondamment illustré, sera maintenant apprécié par tous les biologistes et les neuro-psychiatres. G.

Dépôt légal. — 1944. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd
[illegible], 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). — N° [illegible]

N° 4. — 10 FÉVRIER 1944 117e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Internat en Médecine de 1943. — ORAL. — Séance du 21 janvier 1944. — Questions sorties : Formes cliniques et diagnostic du cancer du rectum. Erythème noueux.

Notes : MM. Poirier, 19 ; Fritel, 17 ; Tournebœuf, 22 ; Coffin, 22 1/2 ; Bertier, 12 Amondruz, 20 1/2 ; Bourdy, 26 ; Larget, 16 ; Merlier, 20 ; Roisin, 17.

ORAL. — Séance du 24 janvier 1944. — Questions sorties : Anthrax de la face. Formes cliniques et traitement du tétanos.

Notes : MM. Crosnier, 22 1/2 ; Pertuiset, 23 ; Robert, 30 ; Cousin, 17 ; Robin, 20 ; Fiessinger, 23 ; Michon, 20 ; Léger, 21 ; Crépy, 17.

ORAL. — Séance du 25 janvier 1944. — Questions sorties : Complications des kystes de l'ovaire. Signes, diagnostic et traitement de l'angine de poitrine.

Notes : MM. Barbizet, 19 ; Lenormant, 22 1/2 ; Mlle Bricard, 23 ; MM. Bénézech, 17 ; Roussillon, 15 ; Belin, 18 ; Mlle Larmoyez, 20 ; MM. Chanderlot, 17 ; Polonovski, 20 ; Boëffard, 19.

ORAL. — Séance du 28 janvier 1944. — Questions sorties : Les formes cliniques de la pancréatite aiguë (sans le traitement). Signes, diagnostic et traitement de l'ictère grave.

Notes : MM. Lhermitte, 23 ; Satgé, 25 ; Bloch-Lainé, 16 ; Dessertenne, 21 ; Bachy, 16 ; Matet, 18 ; Mlle David, 17 ; MM. Bleibtreu, 22 ; Nebout, 23 ; Caron, 19.

ORAL. — Séance du 30 janvier 1944. — Questions sorties : Les abcès froids thoraciques. Signes, diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë.

Notes : MM. Deniker, 14 ; Darnis, 18 ; Rainaut, 15 ; Mme Guinard, née Bourgeois, 18 ; MM. Tobé, 14 ; Bour, 23 ; Arnaud, 18 1/2 ; Martin, 22 ; Tiret, 19 ; Bellot, 19.

ORAL. — Séance du 31 janvier 1944. — Questions sorties : Signes, diagnostic et traitement des péritonites diffuses d'origine appendiculaires. Arthropathies tabétiques.

Notes : MM. Bonfils, 18 ; Tola, 20 ; Contamin, 23 1/2 ; Buge, 18 ; Breger, 11 ; Villiaumey, 17 ; Bourel, 23 1/2 ; Gabail, 13 ; Maret, 10 ; Pépin, 11.

ORAL. — Séance du 1er février 1944. — Questions sorties : Signes, diagnostic et traitement des fractures bimalléolaires par abduction. Anurie mercurielle.

Notes : MM. Wissa-Wassef, 18 ; Canivet, 20 ; Galey, 27 ; Benoit, 20 1/2 ; Sarrazin, 24 ; Hacker, 19 ; Dubray-Vautrin, 14 ; Burgot, 23 ; Nicol, 13.

Concours de la médaille d'or (médecine) 1944. Médaille d'or : M. Laroche (78 points). Médaille d'argent : M. Richet (69 points).

Concours spécial d'attachés d'électro-radiologie. — Ce concours est exclusivement réservé aux docteurs en médecine prisonniers de guerre libérés :

1° Qui étaient régulièrement inscrits avant la guerre 1939-1940 au stage prévu par le règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris en vue de leur nomination en qualité d'attaché d'électro-radiologie ;

2° Qui ont été désignés officiellement, avant la guerre 1939-1940, pour faire fonctions à titre provisoire d'attaché d'électro-radiologie dans les hôpitaux de Paris.

Les candidats devront justifier de la nationalité française à titre originaire, conformément aux dispositions de la loi du 22 novembre 1941 et ne pas tomber sous le coup de la loi du 2 juin 1941, portant statut des juifs.

Ce concours sera ouvert le mercredi 1er mars 1944, à 9 heures. MM. les candidats seront prévenus par lettre du lieu de cette première séance.

Les inscriptions seront reçues du lundi 7 février au lundi 14 février 1944 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés) à l'Administration Centrale (bureau du service de santé), 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage.

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Les candidats devront, au moment de leur inscription, déposer en huit exemplaires la liste de leurs titres militaires, universitaires, hospitaliers, ainsi que leurs travaux scientifiques avec les références.

Pour tous renseignements concernant les conditions de ce concours, prière de s'adresser à l'Administration Centrale (bureau du service de santé), 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — 3e concours (1 place). — Mlle Marquis a été nommée.

Concours de médecin des hôpitaux (6 places). — Sous-admissibilité (12 places). — Jury : MM. les Drs Chiray, Laroche, Laignel-Lavastine, Soulié, Lamy, Peron, Mouquin, Mollaret, Bariety, Coste, L. Ramond, Bourgeois Pierre, Garcin, Lemaire, Pruvost, Gautier, Leveque, Boulin, Tinel, Stevenin, Decourt, Faroy, de Gennes, Villaret.

Concours d'assistant en chirurgie (5 places). — Jury : MM. les Drs Seillé, Raoul Monod, Mathieu, Raymond Bernard, Petit Dutaillis, Funck Brentano, Leveuf, Baumgartner, Welti, Boppe, chirurgiens ; Lambling, médecin.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Une place de **médecin adjoint** et une place de **chirurgien adjoint** sont à pourvoir à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e).

Ces concours sont des concours sur titres. Les candidats pourront se présenter le matin de 10 h. 30 à 11 h. 30, sauf les jeudi et vendredi, ou le mardi après-midi de 15 à 17 heures, pour s'informer des pièces à fournir pour la constitution de leur dossier.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au lundi 21 février 1944.

Hôpitaux de la région parisienne

Concours de l'Internat en médecine. — Un concours sera ouvert le 24 avril 1934 pour le recrutement des internes en médecine des hôpitaux communaux de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne : Créteil, Neuilly, Saint-Denis, Versailles, Saint-Germain-en-Laye, Argenteuil, Eaubonne, Montfermeil, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Etampes, Mantes, Pontoise, Rambouillet, Melun, Meaux, Fontainebleau.

Nombre de places : Le nombre et la répartition des postes ne seront définitivement arrêtés que le jour du concours. Toutefois, le nombre des places d'internes titulaires sera environ de 25. Entrée en fonctions : 15 juillet 1944.

Inscriptions : Les inscriptions sont reçues à l'Administration Centrale de l'Assistance Publique à Paris, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier B, 2e étage) tous les jours, les samedis après-midi, dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le jeudi 16 mars jusqu'au vendredi 31 mars inclusivement.

Jury : Le tirage au sort des membres du Jury aura lieu le lundi 3 avril, à 11 heures, au Secrétariat de la Direction régionale (articles 3 et 5 de l'arrêté du 13 août 1943).

Renseignements. — Les candidats peuvent s'adresser pour tous les renseignements au Secrétariat de la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 1, avenue Victoria (3e étage), de 16 heures à 17 heures.

Hôpitaux de Province

Lyon. — Après concours, M. le Dr Jeune a été nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

Faculté de Médecine de Paris

M. Hauduroy est détaché à l'Université de Lausanne jusqu'au 30 septembre 1945.

Santé Publique

Décrets. — Le *Journal Officiel* du 27 janvier 1944 publie :

Un décret n° 96, du 21 janvier 1944, portant classification des fonctionnaires du laboratoire central.

Un décret n° 97, du 21 janvier 1944, portant classification des fonctionnaires du laboratoire de contrôle des médicaments antivénériens.

Un décret n° 98, du 21 janvier 1944, portant classification des fonctionnaires du laboratoire régional de bactériologie de Strasbourg.

Un décret n° 99, du 21 janvier 1944, portant classification des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

Un décret n° 100, du 21 janvier 1944, portant classification des fonctionnaires du laboratoire régional de bactériologie de Metz.

Carnet de Santé. — Un nouveau modèle de carnet individuel de santé applicable aux enfants fréquentant les établissements de l'enseignement primaire sera substitué obligatoirement aux divers modèles précédemment employés, au fur et à mesure de l'épuisement des réserves existantes.

Limitation de la consommation du sérum antidiphtérique. — A titre provisoire et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté, la quantité de sérum antidiphtérique délivrée à un même malade ne pourra être supérieure à 40.000 unités (ampoules de 3.000, 5.000 ou 10.000 unités).

L'exercice de la médecine aux colonies. — Le *Journal Officiel* du 22 janvier 1944 publie un décret n° 3584, du 31 décembre 1943, rendant applicable aux territoires relevant du Secrétariat d'Etat à la Marine et aux Colonies la loi du 26 mai 1941 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.

Défense Nationale

Ecole du Service de Santé. — Par arrêté en date du 17 janvier 1944, le montant de la somme à rembourser par les élèves ou les anciens élèves de l'Ecole du Service de Santé, en application de l'article 152 de la loi de finances du 16 avril 1930, est fixé, pour l'année scolaire 1943-44 à 24.000 francs, majoré de la valeur du trousseau ou du complément du trousseau, ainsi que des frais de scolarité près les Facultés.

Education Nationale

Centre national de la recherche scientifique. — Par arrêté en date du 17 janvier 1944, les recettes et les dépenses du budget du Centre national de la recherche scientifique pour l'exercice 1943 sont diminuées d'une somme de 5.822.979 fr. 60.

Cours d'information médicale. — Un arrêté en date du 18 janvier 1944 fixe le taux horaire de rétribution des conférenciers et cours faits suivant les directives du Commissaire général à l'éducation générale et aux sports par des docteurs en médecine à 200 francs pour le département de la Seine et à 150 francs pour les autres départements.

Production industrielle

Médecins des P. T. T. — Un arrêté en date du 10 janvier 1944 fixe ainsi les honoraires des médecins chargés des consultations prénatales et postnatales : 100 francs par vacation horaire pour les gynécologues, 75 francs par vacation horaire pour les phtisiologues.

L'indemnité forfaitaire annuelle de la sage-femme attachée au service de ces consultations est fixée à 36.000 francs.

Les honoraires de la doctoresse chargée des consultations de puériculture est fixée forfaitairement à 50.000 fr. par an.

Un autre arrêté en date du 10 janvier 1944 fixe la rétribution annuelle du médecin chef des P. T. T. à 75.000 francs, celle du médecin chef adjoint à 27.000 francs, celle du médecin inspecteur des locaux à 22.500 francs, celle du médecin conseiller technique en matière d'accidents du travail, à 19.500 francs.

Société française d'urologie. — M. le Professeur Lepoutre (de Lille) a été nommé vice-président pour l'année 1944. Il sera donc président pour l'année 1945.

Société de Médecine de Paris. — Le bureau pour 1944 est ainsi composé : Président, M. Prost ; vice-présidents, MM. Le Lorier, Lesné, Glénard ; secrétaire général, M. A. Bécart ; secrétaire général adjoint, M. G. Luquet.

Conférence. — Le Dr Cibrie fera le 25 février à 18 heures, à la Société des Hôpitaux Libres, 36, rue d'Assas, une causerie sur le sujet suivant : « Médecine sociale, définition, schéma d'organisation ».

Cours

Un enseignement de puériculture, en vue de l'obtention du diplôme de puériculture de l'Université de Paris, est organisé par l'Ecole de Puériculture pour les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions.

Cet enseignement comprendra :

1° Un cours comprenant deux séances quotidiennes à l'Ecole de Puériculture du 5 au 30 juin 1944.

2° Des stages d'une durée de 2 mois pour l'obstétrique et de 6 mois pour la pédiatrie, auxquels seront astreints, à partir du 1er mars, les candidats qui n'auront pas rempli les fonctions d'interne ou d'externe des hôpitaux dans un service de pédiatrie pendant au minimum 6 mois.

L'examen, à la suite duquel pourra être conféré le diplôme, aura lieu à la fin du mois d'octobre.

Il comprendra une épreuve écrite sur deux sujets de puériculture, deux épreuves cliniques, l'une dans une maternité, l'autre dans un service de pédiatrie.

Les inscriptions pour les stages cliniques seront reçues au Secrétariat de l'Ecole de Puériculture, jusqu'au 20 février.

La répartition des élèves dans les services affectés aux stages cliniques aura lieu à l'Ecole de Puériculture, le 26 février.

Droits d'inscription :

Pour le cours du mois de juin : 300 francs.

Pour l'ensemble des cours et stages : 500 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (14e), qui se chargera de l'immatriculation à la Faculté de Médecine (droit fixé à 240 francs).

Cours supérieur de puériculture en vue du diplôme de Puériculture pour les infirmières et assistantes sociales, sages-femmes et monitrices d'enseignement ménager, diplômées d'Etat.

L'enseignement comprenant des leçons didactiques, des stages et des travaux pratiques sera dirigé par le Professeur Cathala, avec la collaboration des Drs Ribadeau-Dumas, médecin honoraire des hôpitaux, Lacome et Lelong, agrégés, et Mlle le Dr Rist, chef de clinique de la Faculté.

Il commencera le 1er avril 1944 et aura une durée de 4 mois.

L'examen pour l'obtention du diplôme aura lieu fin juillet.

Le droit d'inscription mensuel pour les cours et travaux pratiques est fixé à 200 francs.

Les élèves, en nombre limité, qui seront admises au régime de l'internat, acquitteront un droit mensuel de 1.000 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (14e), qui se chargera de l'immatriculation à la Facuté de Médecine (droit fixé à 240 francs).

(Voir suite page 62.)

ORDRE DES MÉDECINS

Comité de Coordination des Collèges départementaux de la Région Parisienne

Compte rendu succinct de la séance du 16 janvier 1944

Le Comité de Coordination des Collèges départementaux de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne s'est réuni le 16 janvier 1944 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Dr Larget.

La première question mise à l'ordre du jour était celle du relèvement éventuel des honoraires minima. Les représentants des Conseils des Collèges départementaux de la Région Parisienne ont estimé que le coût actuel de la vie et les circonstances économiques justifiaient un tel relèvement et ils ont décidé que celui-ci deviendrait effectif à partir du 1er mars 1944. Chaque Conseil départemental avisera sa Préfecture respective du relèvement envisagé et en informera les Caisses d'Assurances sociales en application de l'article 4 de la Convention Union des Caisses, Ordre des Médecins. Les médecins seront eux-mêmes avisés en temps utile du nouveau taux des honoraires minima fixés par les Conseils des Collèges départementaux.

A l'occasion de ce relèvement prochain des honoraires minima, les rapports des Caisses de la Région Parisienne avec les Conseils de l'Ordre ont été longuement évoqués. Dans un désir de collaboration toujours plus étroite avec les Caisses, des dispositions ont été prises pour améliorer le fonctionnement du contrôle technique et de la juridiction répressive, aujourd'hui représentée par le Conseil Régional de l'Ordre. Il semble que la situation financière actuelle des Caisses de la Région Parisienne ne permettra pas à celles-ci de relever leurs tarifs de responsabilité et de les faire coïncider avec les nouveaux honoraires, ainsi que cela avait été le cas dans ces dernières années.

A propos de la médecine d'usine et de la mise en application de la loi sur la Charte du Travail, un ample débat s'est institué sur le fonctionnement et l'activité des nombreux centres médico-sociaux récemment créés, ainsi que sur les relations étroites que certains de ces centres paraissent entretenir avec des dispensaires de soins. A ce sujet, il a été décidé de faire auprès de tous les médecins de la Région Parisienne une large enquête destinée à renseigner exactement les Conseils des Collèges départementaux et à permettre à ceux-ci d'agir en cas d'abus.

D'autres nombreuses questions furent également étudiées, parmi lesquelles celles de la révision de la nomenclature, du nouveau régime de surveillance des femmes enceintes, du relèvement éventuel des honoraires d'A. M. G. ; de la représentation de l'Ordre des Médecins dans les Commissions administratives hospitalières.

Elections à la section dentaire du Conseil National

Voici le résultat du dépouillement du scrutin : MM. le Dr Hulin, le Dr Marcel Rachet, Creuzet, Dubreuil, Andrieux, Soulet, Lemée, le Dr Blanc, Houalet. Suppléants : MM. Corniou et le Dr Carvallo.


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ECHANTILLONS SUR DEMANDE AUX
LABORATOIRES DAUSSE, 4 RUE AUBRIOT, PARIS, 4e

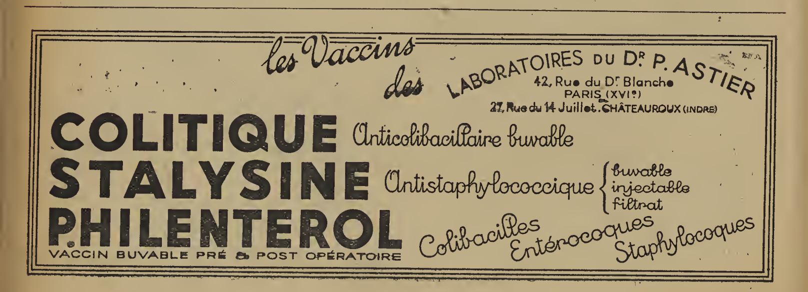

HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


TENSO PAN
TRAITEMENT DES ETATS HYPERTENSIFS
POUR TOUS VOS HYPERTENDUS...
TENSOPAN
HYPOTENSEUR CONSTANT
Extrait d'Ail 0.05
Poudre de Scille 0.05
Extrait de Scille 0.05
Phenyl Ethyl Malonylurée 0.01
Excipient Q.S p^r 1 dragée à 0.50
LABORATOIRES DU TENSOPAN
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e
Klé. 85-26 et 27


EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)
Z.O. : JEAN THIBAULT, Agent général, 167, Rue Montmartre, PARIS


Vitamine P.P.


les Vaccins des LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, Rue du Dr Blanche
PARIS (XVIe)
27, Rue du 14 Juillet. CHÂTEAUROUX (INDRE)
COLITIQUE Anticolibacillaire buvable
STALYSINE Antistaphylococcique buvable injectable filtrat
PHILENTEROL Colibacilles Entérocoques Staphylocoques
VACCIN BUVABLE PRÉ & POST OPÉRATOIRE

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN APRÈS LA MORT

par MM. le Professeur Gaston GIRAUD, Pierre SIMÉON
et Jean ESCOLIVET (de Montpellier)

L'étude du liquide céphalo-rachidien après la mort ne semble pas avoir suscité de très nombreuses recherches. En France, sur l'ensemble de la question, nous n'avons relevé que les travaux d'André Barbé en 1919, qui sont d'ordre surtout quantitatif.

Deux d'entre nous (Giraud et Siméon) ont entrepris, en 1923, l'étude du liquide céphalo-rachidien après la mort, en particulier du point de vue qualitatif, mais seules les conclusions qu'ils ont pu tirer de leurs recherches, ont été publiées.

Quelques auteurs se sont attachés plus particulièrement à l'étude de certains éléments caractéristiques : Ballif, de Laët ont recherché les variations du pH, Binet et Piédelièvre ont mesuré la tension, Charles Soutter a dosé les chlorures, Villaret et Tixier ont dénombré et caractérisé les éléments cellulaires.

En 1942 un autre d'entre nous (Escolivet), à l'instigation du professeur Giraud qui lui a confié les résultats des recherches antérieures qu'il avait faites avec Pierre Siméon, a repris l'ensemble de la question dans sa thèse inaugurale, en s'appuyant sur de nouveaux faits.

Le but poursuivi par les deux auteurs de 1923 était double :

1° Déterminer dans quelle mesure un examen du liquide céphalo-rachidien *post mortem* peut compléter une observation clinique ;

2° Rechercher les applications médico-légales de ces constatations à la détermination de la cause et de la date de la mort.

C'est également ce double but que s'est proposé en 1942 la thèse d'Escolivet. La confrontation des 17 observations de 1923 (Giraud et Siméon) et des 26 de 1942 (Escolivet) a permis de faire un certain nombre de remarques utiles.

Le choix des sujets est évidemment influencé par la nature des recherches qu'on se propose d'effectuer. Il est nécessaire, d'autre part, de connaître le diagnostic de la maladie qui a causé le décès, car cette maladie peut avoir modifié, avant la mort, la composition du liquide céphalo-rachidien, et il faut en tenir compte. Au cours de nos recherches, l'ancienneté de la mort a fréquemment varié. Il est intéressant de pouvoir faire des ponctions précoces et renouvelées.

La technique la plus simple nous a semblé être la ponction sous-occipitale en décubitus latéral. Cette technique ne nécessite pas de déshabillage préalable, la tête est très mobile sur l'atlas et la rigidité cadavérique est très faible au niveau des muscles de la nuque. Cette technique donne souvent un écoulement spontané du liquide à la première ponction. Il en est de même d'ailleurs des ponctions lombaires précoces.

La vitesse d'écoulement varie avec la position du cadavre et l'âge de la mort. L'écoulement spontané, goutte à goutte, est de règle lors de la première ponction, à condition qu'elle soit précoce. Par la suite l'aspiration à la seringue est souvent nécessaire.

La quantité totale varie pour les anatomistes de 60 à 150 grammes. André Barbé a trouvé une moyenne de 37 cm³. Nous n'avons pas fait de mesures à ce sujet ; elles ne peuvent avoir d'ailleurs qu'une valeur très approchée, mais nous avons constaté que la quantité susceptible d'être extraite est d'autant plus basse que la ponction est plus tardive, la marche de cette raréfaction demeurant d'ailleurs très variable.

L'aspect du liquide céphalo-rachidien *post mortem* se modifie progressivement. Clair jusqu'à la dixième heure environ, il devient ensuite de plus en plus xanthochromique puis sanglant. L'apparition du sang, parfois très précoce, a lieu en général de trente à quarante heures après la mort, elle semble être d'autant plus précoce que la putréfaction cadavérique est plus rapide.

La tension devient nulle très rapidement après la mort ; sur le cadavre, elle varie aisément avec les mouvements qu'on imprime au sujet (Jude et Piédelièvre).

L'acidité ionique augmente après la mort, autrement dit le pH diminue. Cette baisse régulière exprime l'arrêt d'un mécanisme régulateur vital. De plus, nos recherches de 1923 nous avaient permis de penser que cette constatation peut aider au diagnostic de la mort réelle et surtout à la fixation de la date de la mort. De Laët a cru cependant constater que la baisse du pH varie suivant l'âge des sujets examinés et l'affection qui cause leur mort. Il conviendrait donc de faire quelques réserves quant à l'utilisation de cet index en vue de la détermination de l'ancienneté de la mort.

Le taux de l'albuminorachie augmente constamment et, en général, d'une façon assez considérable après la mort, du fait des extravasations sériques. Cette augmentation est parfois précoce, puisque, chez l'un de nos sujets exempt, croyons-nous, de toute affection neurologique, une première ponction effectuée deux heures après la mort a ramené un liquide contenant 2 gr. 40 d'albumine par litre. En général les ponctions effectuées de la cinquième à la dixième heure donnent des taux variant de 0 gr. 60 à 4 gr. 20. Entre la vingtième et la trentième heure les taux trouvés varient de 1,80 à 14,60, que les sujets aient été ponctionnés une ou plusieurs fois. Il nous a semblé que l'accroissement de l'albumine est variable, et d'autant plus rapide que la putréfaction est plus accélérée : les chiffres de 1923 (Giraud et Siméon) sont à cet égard plus importants que ceux de 1942 (Escolivet).

Le taux du glucose rachidien nous est apparu très variable. Nous l'avons presque toujours trouvé diminué à la première ponction (14 fois diminué, 2 fois normal et 2 fois augmenté) et variant entre 0,50 et 0,10 avec une moyenne de 0,35 sur 18 dosages. Le taux du glucose suivi par ponctions successives varie suivant les sujets. Sur 10 sujets ponctionnés deux ou trois fois nous l'avons trouvé croissant six fois et décroissant quatre fois seulement ; dans les cas où il augmente, il arrive même à dépasser le taux normal de la glycorachie. Cette augmentation peut être due soit à une concentration par raréfaction du liquide céphalo-rachidien, soit à une extravasation sérique importante.

Le taux des chlorures baisse constamment. D'une façon générale on le trouve diminué dès la première ponction ; par la suite il augmente ou diminue. Sur 31 dosages nous l'avons trouvé 20 fois diminué, variant de 7,2 à 6,4 ; 3 fois normal à 7,2 ou 7,3 et 8 fois augmenté, de 7,4 à 7,8. La diminution du taux des chlorures est aisément compréhensible si l'on admet la théorie de Charles Soutter sur l'influence déchlorurente des parenchymes. Mais il faut admettre également l'influence des extravasations sériques et tissulaires.

Le taux de l'urée nous a paru plus précocement et plus fortement augmenté au cours de la série de dosage de 1942 qu'au cours de la série de 1923. Les auteurs de 1923 (Giraud et Siméon) avaient admis qu'en raison de sa diffusibilité et de son égale répartition dans les tissus, l'urée pouvait rester longtemps fixe, les extravasations ne l'influençant guère. Il n'en est plus de même lorsqu'intervient la protéolyse tissulaire. Il semble que le taux de l'urée commence à augmenter environ 24 heures après la mort. Au cours de 31 dosages, Escolivet a vu le taux de l'urée constamment augmenté (il a varié de 0,70 à 2,90) ; il l'a vu toujours croître d'une ponction à l'autre sur le même cadavre. Il semble bien que le taux de l'urée augmente donc d'autant plus précocement et rapidement que les facteurs extrinsèques ou intrinsèques favorisent davantage la putréfaction. Et le taux de l'urée que l'un de nous (Escolivet) a trouvé très augmenté bien avant la 24e heure, s'explique

Tableau I : Recherches de 1923 (Giraud et Siméon)

Noms	Dates	Heure post mortem	Aspect	Quantité en cm3	Albumine	Chlorures	Urée	Cytologie	Diagnostic
As...	20-1	5 h. 15	Clair	6	0,29	7,10		6,80	Néo. du foie
Lu...	23-1	13 h.	Clair	10	0,53	7,34		13,60	Coma ?
X... 28	26-1	13 h.	Clair	5	0,40	7,10		3,00	Broncho-pneumonie
Ba...	8-2	8 h.	Très lég. xantho.	6	3,20	7,00	2,07		Coma (diabète)
Te...	11-2	1 h. 15	Clair	6	0,21	6,70			Broncho-pneumonie
		15 h.	Très lég. xantho.	4	0,44	6,90			
Fa...	12-2	17 h. 30	Lég. xantho.	4	0,44	6,90			Broncho-pneumonie
		19 h. 30	Lég. xantho.	6	0,44	6,85			
		18 h. 30	Lég. xantho.	5	0,50	7,00			Asystolie
Bo...	19-2	23 h.	Très xantho.	6	1,20	7,00			
		8 h. 30	Clair	5	0,29	7,20			Broncho-pneumonie
He ..	22-2	26 h.	Lèg. xantho.	6	0,85	6,40			Pyo-pneumothorax
Du...	23-2	23 h. 30	Lég. xantho.	8	1,06	6,05			Intoxication morphinique
X...	4-3	42 h.			Pas de liquide				Parkinson nevraxitique
La...	27-3	10 h.	Clair	10	0,29	6,90			Eclampsie
X. J...	6-4	10 h.	Clair	8	0,44	6,90			
		3 h.	Clair	5	0,10	6,10			Tuberculose-pulmonaire
Pi...	6-4	6 h.	Clair	6	0,10	6,10			
		24 h.	Lég. xantho.	6	0,44	5,70			
		12 h.	Lèg. xantho.	6	0,34	6,60			Asystolie
Sa...	11-4	18 h.	Xantho.	6	0,56	6,40			
		36 h.	Sanglant	3	4,50	5,20			
		5 h.				7,00	0,44		Asystolie
Th.	5-5	7 h.				7,00	0,44		
		25 h.					0,44		
		1 h. 30			0,10	7,60	1,90	1,20	
		5 h.			1,00	7,00	2,02	11,00	
		7 h.	Sanglant +				2,05		Néo. du sein
Ca...	10-5	9 h.	Sanglant ++			6,80	2,30		
		17 h.	Sanglant +++			6,40	2,50		
		20 h.			Pas de liquide				
		6 h. 30			0,30	8,70	1,28	2,60	Pneumonie
Ch...	17-5	11 h.	Sanglant			8,00	1,28		

très bien par une protéolyse plus précoce due à la saison particulièrement chaude pendant laquelle ces expériences ont été faites.

L'examen cytologique doit être effectué très tôt après la mort, si on veut pouvoir l'interpréter utilement. Il révèle au cours des ponctions successives une augmentation progressive et considérable de cellules de types divers : ce sont surtout des lympocytes et des cellules endothéliales (d'après Villaret et Tixier et d'après Barbé). Mais les altérations cellulaires sont très rapides.

Une ponction lombaire très précoce peut permettre un diagnostic cytologique et même bactériologique : l'un de nous (Giraud) a pu ainsi faire isoler un méningocoque du liquide céphalo-rachidien d'un soldat mort presque subitement au cours d'une épidémie de méningite cérébro-spinale. Le diagnostic de la méningite tuberculeuse est aussi possible.

De l'ensemble de nos constatations il résulte que l'examen du liquide céphalo-rachidien *post mortem* peut parfois compléter une observation clinique. C'est ainsi que chez un diabétique infantile, tuberculeux pulmonaire, la glycorachie mesurée 6 heures après la mort s'est trouvée être de 0,10 ; il est probable que le décès était dû à un coma hypoglycémique.

Du point de vue médico-légal, de nombreux caractères, isolés ou confrontés (aspect, tension, pH, albumine, chlorures, urée, cytologie) permettent d'affirmer la réalité de la mort, mais nous n'avons pas fait un nombre suffisant de ponctions précoces pour pouvoir affirmer que la modification de tel caractère permet de faire le diagnostic de la mort avant l'apparition des caractères classiques bien connus. De même la dégradation des divers caractères physico-chimiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien affecte une marche trop variable pour qu'on puisse appuyer sur elle un diagnostic précis de l'ancienneté de la mort.

Il sera intéressant d'étudier précocement ce que deviennent certains constituants du liquide céphalo-rachidien, par exemple les lipides, les peptides, le fer, le phosphore, le magnésium, le calcium, le potassium, l'acide urique, les vitamines, en particulier la vitamine C, les enzymes, le rapport sérine-globuline, la tension superficielle, les réactions colloïdales, d'étudier la durée de la virulence des liquides céphalo-rachidiens pathologiques, de percer à travers ses modifications, la durée de la « survie » du liquide céphalo-rachidien, car la mort, « cette inconnue », si elle frappe d'abord l'être, ne paralyse que successivement ses organes et ses tissus.

Tableau II : Recherches de 1942 (Escolivet)

Nom	Date	Heure post mortem	Vitesse d'écoulement	Aspect	Quantité en cm3	Glucose	Albumine	Chlorures	Urée	Diagnostic
Lh..	7-6	48 h.	Seringue	Lég sanglant	10		12,00	7.80	2,00	?
Ra...	7-6	20 h.	Seringue	Lég. xantho.	12		6,50	7,70	1,40	
	8-6	42 h.	Seringue	Sanglant	3		Analyse non faite			Tuberculose pulmonaire
Cal...	9-6	7 h.	Goutte à goutte	Clair	9	0,42	0,60	7,30	0,70	
	9-6	13 h.	Goutte à goutte	Lég. xantho.	12	0,60	1,20	7,40	0 90	Asystolie
	10-6	31 h.	Goutte à goutte	Xantho.	12	0,70	4,80	7,60	1,40	
Fah...	9-6	17 h.	Goutte à goutte	Clair	10	0,38	0,80	7,50	2,00	
	9-6	25 h.	Goutte à goutte	Lég. xantho.	13	0,57	3,85	7,90	2,20	Tuberculose pulmonaire
Me...	10-6	7 h.	Goutte à goutte	Sanglant	15		Analyse non faite			
D. V...	11-6	15 h.	Goutte à goutte	Lég. xantho.	15	0,26	6,60	7,00	2,10	Décès post-opératoire
	11-6	21 h.	Seringue	Xantho puis sanglant	12	0,33	12,60	7,30	2,80	Coma hémiplégique par thrombose
Mu...	11-6	10 h.	Seringue	Clair	10	0,33	0,70	7.10	0,80	
	12-6	28 h.	Seringue	Xantho.	10	0,60	1,80	7,40	0,90	Péritonite tuberculeuse
Fo...	12-6	11 h.	Goutte à goutte	Clair	15	0.13	0,70	6,90	1,20	
Fr...	14-6	13 h.	Goutte à goutte	Xantho.	12	0,52	2,40	6,70	2,90	Asystolie
	14-6	18 h.	Seringue	Sanglant	3		Analyse non faite			Asystolie
Gar...	15-6	9 h.	Goutte à goutte	Sanglant	10		Analyse non faite			
Et...	15-6	12 h.	Goutte à goutte	Xantho.	12	0,60	1,80	6,90	1,90	Tuberculose pulmonaire
	15-6	18 h.	Goutte à goutte	Sanglant	3		Analyse non faite.			Asystolie
Cas...	16-6	15 h.	Seringue	Xantho.	12	0,41	1,80	6.90	0,80	
	16-6	21 h.	Seringue	Lég. sanglant	11	0,38	3,60	6,70	0.90	Tuberculose pulmonaire
Ib...	16-6	8 h.	Goutte à goutte	Très lég. xantho.	12	0,30	0,60	6,80	2,70	
	16-6	14 h.	Goutte à goutte	Très sanglant	20		Analyse non faite			Asystolie
V. R...	16-6	19 h.	Seringue	Très sanglant	3		Analyse non faite			
Sa...	17-6	14 h.	Seringue	Xantho.	12	0,29	2,50	7,00	1,10	
	18-6	38 h.	Seringue			Pas de liquide				Tuberculose pulmonaire
Ma...	17-6	9 h.	Seringue	Lég. sanglant	12	0,38	4,20	6,60	1,10	
	17-6	15 h	Seringue	Lég. sanglant	13	0.30	3,00	6,40	1,20	Tuberculose pulmonaire
Be...	18-6	7 h.	Goutte à goutte	Clair	3	0,30				
	19-6	24 h.	Seringue	Xantho.	12	0,28	7,20	6,50	1,30	Coma? Néo du foie
Je...	19 6	14 h.	Seringue	Sanglant			Analyse non faite			
	19-6	21 h.	Seringue	Sanglant			Analyse non faite			?
Bl...	19-6	8 h.	Goutte à goutte	Clair	12	0,20	2,40	7,10	0,80	
	19-6	15 h.	Seringue	Sanglant	3		Analyse non faite			Tuberculose pulmonaire
Pa...	21-6	7 h.	Seringue	Sanglant			Analyse non faite			
Gas...	21-6	16 h.	Seringue	Lég. xantho.	15	0,52	1,20	6,95	1,00	?
	21-6	22 h.	Goutte à goutte	Sanglant			Analyse non faite			Asystolie
Bo...	21-6	25 h.	Seringue	Xantho.	11	0,30	3,80	6,70	0,95	
	21-6	31 h.	Goutte à goutte	Très xantho.	9	0,35	5,60	6,30	1,20	Ethylisme; mort subite.
Co...	22-6	8 h.	Goutte à goutte	Sanglant			Analyse non faite			
Fav...	24-6	9 h.	Goutte à goutte	Clair	13	0,33	1,20	6.80	2,50	Obstruction intestinale
	24-6	15 h.	Seringue	Trés sanglant	6		Analyse non faite			Asystolie
Gai...	23-6	2 h.	Goutte à goutte	Clair	13	0,64	2.40	7,00	1.50	
	24-6	18 h.	Seringue	Lég sanglant	11	0,34	12,50	7,30	2,00	
	24-6	24 h.	Seringue	Sanglant	11	0,25	15,60	7,35	2,10	Décès post-opératoire
Re...	24-6	6 h.	Goutte à goutte	Clair	12	0,10	0,60	6,80	0.70	28 ans Diabète infantile
	25-6	22 h.	Seringue	Sanglant	14	0,57	10,80	5,50	1.00	Tuberculose pulmonaire

POLYNÉVRITE ARSENICALE ACCIDENTELLE

APRÈS INGESTION D'UN GATEAU

Par le Prof. H. Roger, MM. J.-E. Paillas, M. Aouchiche et H. Gastaut

(de Marseille)

La fabrication des arséniates dans les usines de produits chimiques de notre région a été et est encore la source d'intoxications et, en particulier, de polynévrites professionnelles, sur lesquelles l'un de nous a insisté à de nombreuses reprises avec ses collaborateurs (H. Roger, J. Boudouresques. Les polynévrites arsenicales. *Sud Méd.*, 16 avril 1937. — H. Roger, F. Denizet et J. Boudouresques. La forme acrodynique de la polynévrite arsenicale professionnelle. *Marseille Méd.*, juillet 1937, pp. 167-185. — H. Roger, J.-E. Paillas et M. Reynaud. Sur deux polynévrites professionnelles par arséniate de plomb. *Marseille Méd.*, 1942, pp. 267-270. — H. Roger, M. Aouchiche et H. Gastaut. A propos de quelques cas de polynévrites arsenicales professionnelles. Comité Méd. Bouches-du-Rhône, 12 novembre 1943).

Ces produits peuvent être la cause de troubles lors de leur utilisation. Ces troubles sont en général purement accidentels.

Quoique l'usage des bouillies arsenicales soit très répandu dans la lutte contre les parasites de la vigne, des arbres fruitiers, des pommes de terre et des légumes, il est exceptionnel de voir des polynévrites chez les agriculteurs qui les emploient. Gaté, Thiers et Badinand (*Soc. Méd. Lyon*, 24 novembre 1942) ont relaté chez les viticulteurs du Beaujolais quelques manifestations frustes d'arsenicisme, surtout cutané avec parfois paresthésie des extrémités. Ces accidents sont à rapprocher des observations faites en Allemagne chez des vignerons par Matras, par von Pein (*Med. Klin.*, 15 novembre 1940 et 21 mars 1941).

Maurice Porot, dans son importante thèse (Alger 1938), réunit 900 observations d'intoxications arsenicales par le vin et les produits vinicoles. Un certain nombre, en particulier les vingt-cinq cas personnels, concernent des intoxications, pour la plupart chroniques, rapportées à l'ingestion habituelle et répétée de vin provenant de vignes traitées par des produits arsenicaux et contenant des quantités anormales d'arsenic : elles sont caracérisées par un syndrome cutané à type d'hyperkératose, de mélanodermie, de troubles des phanères, par un syndrome polynévritique souvent fruste, par un syndrome digestif, en particulier par une ascite souvent curable qui pourrait même être le seul symptôme.

A côté de ces cas isolés, la plupart des autres observations concernent des intoxications collectives, dont quelques-unes massives, dues à des erreurs de manipulations : addition d'arséniate au vin au lieu de phosphate d'ammoniaque (affaire des vins d'Hyères), vins mis dans des récipients ayant contenu des arséniates.

Rappelons l'ancienne épidémie classique de Manchester (1890) due à de la bière arséniée.

En dehors des boissons, il est d'autres éliments qui peuvent être par mégarde souillés par l'arsenic.

Barbier, Picquet et Bourdillon (Soc. Méd. Hôp. Lyon, 16 décembre 1941), ont publié un cas d'intoxication grave caractérisée par des troubles digestifs et par une polynévrite, chez un homme ayant absorbé des salades qui bordaient un champ de pommes de terre traitées par des pulvérisations copieuses à l'arséniate de plomb.

Six personnes étudiées par Bouley (Soc. Méd. Lég., 6 juillet 1942),

furent frappées de troubles gastriques, de troubles nerveux à type de paresthésie, de troubles moteurs, à la suite d'ingestion d'un pain fabriqué à domicile dans un vieux pétrin qui avait contenu des produits arsenicaux antiparasitaires.

A l'heure actuelle, où les jardins familiaux sont très répandus et où ces produits toxiques sont entre les mains de personnes imprudentes peu habituées à les manier, des méprises cruelles ont été relatées de divers côtés.

A plusieurs reprises des poudres arsenicales ont été confondues avec de la farine.

R. Fabre, H. Huber et M. Lautraite (Soc. Méd. Lég., 6 juillet 1942) ont, à l'occasion d'une fête de village dans le département de l'Oise, observé 150 intoxications légères, consécutives à l'ingestion de tartelettes aux fraises. La pâte avait été préparée avec de la farine qui, par inadvertance, avait été mélangée avec de l'arséniate de chaux destiné au traitement des pommes de terre. L'apparition des troubles digestifs fut précoce. Les signes d'intoxication furent bénins chez les enfants, plus sévères chez les adultes.

Perrot (Acad. Méd. 7 juillet 1942), relate 250 cas d'intoxication, dont un mortel, chez des habitants d'une commune des Côtes-du-Nord, ayant consommé du pain fabriqué avec une farine additionnée, on ne sait comment, d'arséniate de plomb. Des animaux domestiques, un chien, des poussins, nourris avec une pâtée renfermant ce même pain succombèrent.

A. Fell (*Pres. Méd.*, 10 oct. 1942, p. 634) a été témoin, dans une campagne d'Eure-et-Loir, d'une intoxication frappant une famille de sept personnes. La boîte contenant de l'arséniate de chaux avait été laissée imprudemment dans la cuisine. Cette poudre fut prise pour de la farine et utilisée pour une sauce. Une heure après le repas, les consommateurs furent pris d'accidents digestifs sévères.

Personnellement nous venons d'observer une polynévrite grave survenue dans les circonstances suivantes :

Au milieu de juillet 1943, une ménagère d'une petite ville des Bouches-du-Rhône, faisant ses emplettes, met dans son sac à provisions un paquet de levure et un paquet d'arséniate acheté pour lutter contre le doryphore. Confectionnant ensuite à la maison un gâteau, elle emploie, au lieu de levure, l'arséniate qu'elle mélange à la farine. A midi les deux conjoints absorbent une petite tranche de gâteau et ressentent des troubles digestifs, vomissements et diarrhée, qu'ils ne rapportent pas à leur cause et qui obligent la femme à se coucher, l'empêchant de préparer le repas du soir.

Le mari qui a été moins incommodé, ingurgite le soir, à défaut d'autres aliments, une portion plus considérable du gâteau. Il est très malade dans la nuit et est frappé, les jours suivants, d'une polynévrite typique, caractérisée au début par des crampes et des fourmillements dans les quatre extrémités, puis progressivement par une paralysie des extenseurs des quatre membres.

Lorsque nous l'examinons deux mois après, Reyn..., Clément, âgé de 61 ans, est encore très gêné dans sa marche, ayant l'impression de poser ses pieds sur du caoutchouc. Nous trouvons une forte diminution de la force d'extension des orteils et moindre du pied. Les réflexes rotuliens et achilléens, pédieux, interosseux sont abolis. La pression des masses musculaires et le signe de Lasègue sont douloureux. Une hypoesthésie superficielle est nette aux pieds et au tiers inférieur des jambes. Il n'y a pas cependant de troubles importants des réactions électriques. Aux membres supérieurs, les trois derniers doigts sont demi fléchis dans la paume, la force de flexion et d'extension des doigts reste diminuée, la sensibilité est amoindrie, l'astéréognosie est complète, la pression du premier espace interosseux est douloureuse. Les réflexes sont conservés. Les nerfs craniens et oculaires sont indemnes. Le B. W. est négatif ; l'azotémie est à 0,55.

Des nouvelles transmises par le médecin traitant signalent, quatre mois après le début, la persistance de douleurs dans les pieds et les mollets ainsi que dans les mains, d'une gêne de la marche qui peut, cependant, se faire sans canne, d'une tendance à la griffe cubitale avec hypoesthésie dans le territoire de ce nerf, d'une abolition des réflexes des deux membres inférieurs.

La femme, que nous n'avons pu examiner, paraît avoir présenté elle aussi une polynévrite, mais fruste, purement acrodynique : crampes dans les mains et les pieds persistant deux mois après l'intoxication.

Pour éviter pareils accidents, le professeur Perrot conseille ; d'une part le remplacement des arsenicaux par d'autres insecticides, tels que les poudres et extraits roténonés et pyrétrinés et, d'autre part, des mesures législatives organisant une surveillance effective du stockage, des manipulations et de la vente de pareils toxiques, dont la détention est permise à n'importe qui sans aucun égard pour la santé publique.

Il est bien recommandé aux droguistes de mettre l'étiquette « poison », indiquant la nocivité du produit et incitant l'acheteur à mettre celui-ci à l'abri de toute distraction ; mais cette précaution n'est pas, à notre connaissance, prise par tous les détaillants.

Pour éviter toute confusion avec les substances comestibles, les poudres arsenicales doivent, d'après les règlements, déjà anciens, être dénaturées avant la sortie de l'usine par un colorant qui les désigne mieux à l'attention des profanes. Cette mesure est-elle toujours respectée ? Il semble bien. Mais certains colorants défectueux, livres actuellement aux fabricants, atténueraient rapidement leur éclat au contact des arséniates et la poudre plus ou moins grise qui en résulte, si elle ne pouvait être prise pour la farine blanche d'avant-guerre, s'apparente plus ou moins par son aspect avec la farine mêlée de son de notre période de restrictions.

ACTION DE LA COLCHICINE

SUR LA RADIO-SENSIBILITÉ DES TUMEURS MALIGNES

Par M. Ernest Huant

L'action de la colchicine sur les tissus normaux et pathologiques a été l'objet de nombreuses études depuis les recherches fondamentales de Dustin entre 1934 et 1937 (1). Faute d'avoir la place d'indiquer une documentation même succincte, nous citerons avant tout les travaux de Peyron et de ses collaborateurs Poumeau-Delille et Lafay sur le papillo-épithéliome de Shope, chez le lapin, ceux de Gavrillow et von Bistram sur les fibroblastes du poussin, de L. Havas sur le phyto-carcinome de la tomate, d'Ancel et Mme Lallemand sur le développement de l'embryon de poulet, de Blakeslee sur les plantes polypoïdes ou géantes et enfin de Solacolu et Constantinesco sur les tumeurs végétales provoquées par B. tuméfaciens.

Nous ne rappellerons ici de ces différentes recherches que l'essentiel de l'action caryoclasique de la colchicine : cet alcaloïde provoque soit dans les tissus des tumeurs, soit dans les zones germinatives des tissus normaux, une action d'arrêt ou d'inhibition de la cinèse affectant les deux phases terminales ; la métaphase et l'anaphase. De plus, il paraît très probable que ce blocage cyto-toxique est précédé d'une phase excito-mitotique de durée et d'intensité variable suivant la concentration de l'alcaloïde, la nature du tissu ou de la tumeur. La lésion cellulaire élémentaire et constante consiste essentiellement en une dégénérescence aplasique des fibres du fuseau chromial, qui se transforment en une masse acidophile dépourvue de polarité, sans structure fibrillaire, ni chondriosomes, incapables par suite de provoquer la migration des chromosomes. A côté de cette lésion essentielle peut se manifester une hypertrophie des nucléoles et plus encore une pycnose du noyau empêchant dès la prophase, l'individualisation des chromosomes.

Ces troubles de la cinèse s'établiraient d'après Dustin de 4 heures à 24 heures après l'absorption du poison caryoclasique. Ils apparaissent à la base assez différents de ceux provoqués par les rayons X qui n'entravent pas la formation du fuseau, mais agglomèrent les chromosomes en amas compact. Cependant, le résultat d'ensemble du mécanisme stérilisant pose une certaine analogie entre les deux modes d'action.

***

Les premiers essais de thérapeutique stérilisante des tumeurs malignes par la colchicine seule, n'ont donné jusqu'à présent chez l'homme que des résultats assez décevants. Dustin attribuait ce fait à ce qu'il est impossible d'appliquer à l'homme l'équivalent des doses énormes utilisées chez l'animal. De fait, les auteurs américains Seed, Slaughter et Limazze qui injectèrent des doses de 7 à 8 mgr. plusieurs jours de suite eurent des accidents graves à déplorer. Vers 1937, Lenègre et Soulié, n'employant que des doses de 2 à 3 mgr. signalèrent quelques améliorations de néoformations ganglionnaires.

Nous avons pensé à utiliser soit l'effet cytotoxique global du poison caryoclasique, soit plus encore son effet excito-mitotique précédant le blocage de la cinèse, pour voir s'il n'était pas possible de provoquer une augmentation de la radio-sensibilité des tumeurs malignes, amplification qui résulterait de la somme de processus stérilisants convergents ou de l'hypersusceptibilité au choc énergétique d'une *activité caryokinétique artificiellement exagérée.*

Notre expérimentation clinique étayée par de nombreux examens de laboratoire se poursuit depuis plus de quatre ans (malgré l'interruption de la guerre) et porte sur une soixantaine de cas (la plupart vus et suivis à la consultation de radiothérapie de l'hôpital Bichat). Ces cas se décomposent comme suit :

10 cancers utérins aux divers stades.
10 métastases ganglionnaires.
8 métastases osseuses.
4 épithéliomas spino-cellulaires de l'amygdale.
8 cancers du larynx.
4 cancers de la langue.
8 lympho-sarcomes.
3 cancers du poumon.
2 ostéo-sarcomes.
2 cancers du pylore.

Nous ne pouvons donner ici le détail de nos observations dont nous pensons publier ultérieurement les plus caractéristiques. Nous en indiquons plus loin les résultats d'ensemble.

I. — Technique : 1° *Doses de colchicine.* — Il importe d'éviter d'abord les doses trop fortes pour éliminer tout risque d'intoxication grave, mais aussi, et ceci nous semble au moins aussi important, les doses trop faibles. L'action excito-mitotique de celles-ci risque en effet de l'emporter sur l'action stérilisante totale et pourrait peut-être provoquer des réveils de la tumeur, soit à sa périphérie, soit sur ses métastases latentes (action analogue en somme à celle — bien connue des

(1) Cf. Colchicine et cancer, par le professeur A.-P. Dustin (de Bruxelles). Travail d'ensemble avec bibliographie. *Gazette des Hôpitaux*, 111e année, n° 41, 21 mai 1938, pp. 661 à 665.

radiothérapeutes — que risquent de provoquer les doses trop faibles de rayons, et dont l'évolution aréolaire de certains carcinomes du sein incomplètement traités est un exemple typique).

Peyron rapporte quelques observations qui paraissent probantes à ce sujet sur l'évolution de tumeurs du goudron chez le lapin. Chez l'homme, l'application consécutive d'une dose suffisante de rayonnement X supprimerait sans doute la possibilité d'une poussée sur la tumeur elle-même, mais il resterait toujours le danger d'une activation de foyers métastatiques ignorés ou latents. Parmi nos observations, un cas de malade de ville, qui avait malencontreusement espacé son traitement, sans suivre d'autre part les doses voulues d'alcaloïde (alors administré *per os*), nous a semblé se rapporter à ce processus.

Nous nous sommes arrêtés à la dose de 4 mgr. pour une injection intraveineuse de 4 cmc. Dans certains cas, il nous paraît possible d'aller jusqu'à 5 mgr. à condition de ne pas répéter les injections quotidiennement. Nos intraveineuses étaient répétées tous les deux jours, suivant une série de 6, 8, 12 et même parfois 14, d'après le rythme de la série radiothérapique. Dans notre premier temps d'expérimentation où nous administrions la colchicine *per os*, nous prescrivions une dose quotidienne de 3 mgr. en prise globale.

2° *A quel moment pratiquer l'injection par rapport à la radiothérapie?* C'est là une question très importantes qui à notre avis, explique, indépendamment d'autres raisons histologiques, les grandes différences observées quant aux résultats, suivant le type de la tumeur et aussi l'âge du sujet. L'idéal paraîtrait de pouvoir asséner le choc énergétique *au maximum de l'excitation mitotique* déclenchée par la colchicine : on peut donc concevoir que cette phase optimum varie d'une tumeur à l'autre et pour une même tumeur d'un sujet à l'autre. Personnellement l'examen de diverses biopsies faites après l'injection d'alcaloïde nous incite à pratiquer cette injection quelques heures au moins avant la radiothérapie. Provisoirement, nous avons adopté le délai de 4 heures (qu'il n'est d'ailleurs pas toujours facile de faire observer matériellement). Précisons que ce n'est qu'une moyenne.

3° *Doses de rayonnement X.* — De toute façon, il va de soi que le rythme et à plus forte raison les doses du traitement radiothérapique peuvent être établies sans tenir compte de l'action colchicinique possible. Jusqu'à plus ample informé, nous n'avons aucunement le droit de modifier les doses maxima convenables à répartir à nos tumeurs suivant le plan radiothérapiquement le meilleur. Il s'agit, avec la colchicine, de tenter d'ajouter une action stérilisante supplémentaire ou d'essayer d'amplifier celle obtenue avec la rœntgenthérapie et non pas de diminuer plus ou moins cette dernière dans l'espoir d'une compensation éventuelle. *Doses et rythme de rayons X doivent être établis comme si ces derniers étaient les seuls à agir.*

Néanmoins, dans deux cas, l'action du poison caryoclasique peut permettre l'*utilisation utile* de doses trop faibles : en premier lieu dans les cas de *radio-résistance*, où nous prévoyons que les doses maxima risquent de paraître insuffisantes ; en second lieu dans les cas de radio-sensibilité cutanée particulière où l'on est obligatoirement obligé de diminuer la dose cutanée efficiente. D'ordinaire un grand scepticisme présidait à l'établissement de ces traitements, quand le risque d'une radio-stimulation n'y faisait pas simplement renoncer. L'emploi du poison caryoclasique peut permettre d'espérer que ces doses *obligatoirement moindres*, seront quand même utiles et en tout cas non dangereuses.

Précisons que tous nos malades ont été traités à 200 ou 250 KV. avec une filtration de 1 Cu + 2 Al une DF = à 52 ou 42 cm. des doses de 250 ou 300 r. par séance et par champ, des séances quotidiennes ou trihebdomadaires.

II. — Résultats de l'ensemble. — 1° *D'après le mode d'emploi de la colchicine* : incontestablement, la colchicine *per os* que nous avions au début presque uniquement employée, donne des résultats nettement inférieurs à ceux de la colchicine intraveineuse qui doit lui être systématiquement préférée.

2° *Malades traités dès leur première série de rœntgenthérapie :* la comparaison peut alors se faire avec des cas cliniques à peu près semblables d'après la rapidité de fonte des masses, les non-récidives (avec épreuve du temps ne dépassant pas trois ans) : amélioration nettement amplifiée dans 35 % des cas.

3° *Malades traités à leur 2e ou 3e série rœntgenthrapique :* la comparaison peut alors se faire pour le même malade avec la première série. Amélioration nettement amplifiée dans 60 % des cas. Amplification nettement supérieure à celle de cas cliniques homologues 40 % des cas. Résultats nettement inespérés : 6 %.

4° *Résultats d'après la nature de la tumeur* : dans le champ de notre expérimentation, c'est incontestablement les métastases ganglionnaires qui nous ont paru réagir le mieux et le plus rapidement. Viennent ensuite les métastases osseuses — surtout du rachis — et les lymphosarcomes. Puis les néos de l'amygdale et du larynx, puis les néos utérins et enfin, sur le même plan, les diverses autres variétés.

Les métastases ganglionnaires nous ont donné à diverses reprises des résultats vraiment surprenants : nous citerons le cas d'une femme affligée d'un volumineux ganglion inguinal droit, provoquant un œdème massif de tout le membre inférieur, qui avait déjà résisté à une première série de 3.500 r. Une deuxième série entreprise quatre mois après, avec la colchicine a vu se produire dès la quatrième séance (et la quatrième injection) une véritable fonte et de la masse et de l'œdème. Quant aux néos du larynx, disons simplement que l'action caryoclasique accentue encore la différence entre les différenciés et les exophytiques, et précise l'importance des réactions connectivo-vasculaires bien connues des radiothérapeutes.

III. — Examens de laboratoire. — Les diverses biopsies que nous avons fait pratiquer ont permis de constater que l'accumulation des cinèses bloquées est d'abord progressive et semble tendre vers un palier après un certain nombre d'injections. L'augmentation des amas nucléo-chromosomiaux après radiothérapie, paraît aussi croître d'une façon plus lente, mais plus continue (mais nous manquons ici d'éléments suffisants pour une conclusion nette). De plus, nous avons cherché, toutes les fois que la chose s'est avérée possible, le *rapport des amitoses néoplasiques (qui ne réagissent pas à la colchicine), à celui des cinèses bloquées.* L'évolution de ce rapport, d'après les séances de radiothérapie, peut fournir un *indice de pronostic* sur le résultat du traitement (car les amitoses peuvent perpétuer les cellules-souches de la tumeur). Dans quelques cas, nous avons pu même établir les courbes que nous publierons ultérieurement. Nos recherches continuent dans ce sens.

IV. — Réactions et contre-indications. — Les doses pouvant provoquer l'intoxication colchicinique aiguë étant proscrites, il ne peut s'agir que du risque de réactions secondaires ; elles peuvent être locales : réaction lymphango-œdémateuse en cas d'injection incorrecte — Algies irradiant à l'épaule et aux doigts après répétition des injections au même bras (en général, quelques séances d'ondes courtes nous permettaient de les éliminer).

Les réactions peuvent être générales : céphalées, *élévation thermique transitoire*, nausées, diarrhées légères. Ces symptômes, la céphalée surtout, peuvent devenir gênants s'ils se superposent à des signes d'intolérance aux rayons X. Ils doivent alors être traités comme ces derniers.

Dans l'ensemble, les incompatibilités colloïdo-clasiques étant éliminées à l'avance, il n'y a pas de réaction générale grave. Personnellement, nous avons pratiqué plus de 200 intraveineuses de colchicine à 4 mgr. sans incidents majeurs. Et pour un seul de nos malades cités (cancer sténosant d'une bronche-souche avec épanchement), des crises de suffocation survenant après les 2e et 3e injections ont obligé de les interrompre précocement.

V. — Applications locales surajoutées. — Récemment et dans certains cas (larynx, langue, col utérin), nous avons ajouté l'application locale de colchicine par pulvérisations, badigeonnages, onctions de pommades à l'injection intraveineuse. Nous avons même pratiqué des injections intrapleurales dans un cancer métastique de la plèvre. Le temps nous manque encore pour juger si ces modifications accélèrent l'action caryoclasique, mais nous pensons qu'il importe *de ne jamais se contenter d'une action locale isolée* et de pratiquer toujours en même temps l'injection intraveineuse et ceci, pour éviter que de très faibles doses d'alcaloïde, passant dans la circulation générale, ne risque d'y provoquer une stimulation des foyers métastiques éventuels.

VI. — Conclusions générales. — Tels que nous venons de les présenter, ces divers résultats nous paraissent dignes d'intérêt : ils sont inconstants mais assez souvent bien réels, inégaux mais parfois surprenants. Cette différence d'effet nous paraît bien tenir à des différences de cinétisme cellulo-tumoral, que sélectionne et amplifie en quelque sorte l'action du poison caryoclasique, pour offrir ainsi des potentialités plus ou moins grandes à l'action des radiations. C'est dire que le problème n'est que posé et mérite bien des recherches supplémentaires (ne serait-ce que sur la constitution de la colchicine et sur l'intervalle optimum d'application des radiations). De toute façon, ces premiers résultats, si partiels soient-ils, nous semblent ouvrir, sur un problème aussi complexe que capital, quelques perspectives dignes d'attirer utilement l'attention des radiothérapeutes et des cancérologues.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

19 *janvier.* — Mlle Autin. A propos d'un cas d'échinococose alvéolaire. — M. Derouet. A propos de quelques cas de tétanos (étiologie, traitement, fractures vertébrales).

20 *janvier.* — M. Drain. Contribution à l'étude de certaines manifestations spasmodiques en urologie. — M. Le Gal. Complications centrales aiguës des otites (conduite du diagnostic et du traitement).

26 *janvier.* — M. Perdrizet. Le purpura mercuriel. — M. Ponsar. Médecine et éducation physique. — M. Hernier. La voie d'abord transpleurale droite dans la chirurgie du cancer de l'œsophage thoracique.

27 *janvier.* — M. Lenormand. Engelures et tuberculides.

2 *février.* — M. Matalon. Les fibromes du cordon spermatique.

THESES VETERINAIRES

27 *janvier.* — M. Meng. Le bacille tuberculeux. Sa variété aviaire. Son rôle pathogène chez les mammifères. Ses dangers pour l'homme. — M. Blandin. La frigidité chez la vache.

ACTUALITÉS

SUR LE TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES COMPLIQUÉES DE GANGRÈNE DE L'INTESTIN

Par P. Lance

L'augmentation considérable du nombre des hernies dues en particulier à un amaigrissement important a entraîné parallèlement un accroissement dans la fréquence des étranglements herniaires. Le problème du traitement des lésions gangréneuses de l'intestin au cours de ces accidents a ainsi trouvé un renouveau d'actualité devant l'Académie de Chirurgie (1). Cette actualité a d'ailleurs toujours existé comme en témoignaient les mémoires encore récents de Chatain (*Thèse Paris* 1938), Darmaillacq, Daraignez et Oraison (2) Schaeffer (*Thèse Paris* 1942) et à l'étranger ceux de Dumphy (3) Maytas (4), Nœtzel (51) Flamand et Pohl (6), etc.

Dans un remarquable rapport sur une statistique de 337 cas d'étranglements herniaires colligés par Chabrut, P. Brocq a montré que le problème n'était pas simple et ne pouvait se ramener complètement à la classique discussion entre entérectomie et exclusion. La question de la voie d'abord, le traitement du phlegmon herniaire, la conduite à tenir en présence des lésions limitées de sphacèle, autant de points particuliers que ne peuvent résoudre une règle étroite et formelle.

***

Des observations et des statistiques qui ont été apportées devant l'Académie un premier point semble recueillir l'accord des auteurs ; l'extériorisation pure et simple d'une anse gangréneuse constitue un pis aller déplorable, à rejeter systématiquement quel que soit l'âge du malade : 16 cas 16 morts (Chabrut), 6 morts sur 7 extériorisations (Braine et Rudler) chiffres qui rejoignent ceux plus anciens de Corner (90 % de morts) Ackerman (65 %).

Ce point étant admis différentes solutions ont été préconisées pour traiter un malade atteint de gangrène intestinale secondaire à un étranglement herniaire.

L'*entérectomie* a rallié une forte majorité d'auteurs qui, sans en sous-estimer la gravité chez un malade âgé ou fatigué montrent qu'elle représente le traitement idéal de ces lésions.

Le plus important est, sans conteste, celui de la voie d'abord lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie crurale étranglée. Il faut, en effet, pouvoir réséquer largement l'intestin au-dessus et au-dessous des lésions, donc attirer l'anse facilement hors de la plaie opératoire sans tractions excessives qui risquent de provoquer une désinsertion mésentérique. Or il n'est pas exceptionnel que malgré un débridement large de l'étranglement l'anse se laisse mal extérioriser étant « à bout de meso ». La voie crurale directe risque de ne pas donner assez de jour et on a recommandé :

Soit la voie inguinale pure (Dujarier-Schaeffer) qui permettrait d'ouvrir le péritoine au-dessus de l'étranglement supprimant ainsi le danger possible de l'échappement de l'anse lors du débridement. En cas de nécessité d'une résection on peut se donner du jour par hernio-laparotomie suivant la technique de Gosset ;

Soit la voie crurale élargie (Cadenat) dont Mialaret a précisé minutieusement la technique (7) ; elle sectionne franchement l'arcade crurale en avant ; on la refixera au pubis en fin d'intervention. Elle permet un abaissement correct du tendon conjoint et, par conséquent, une fermeture satisfaisante de l'anneau crural.

L'entérectomie faite, trois procédés bien classiques peuvent être utilisés pour rétablir la continuité de l'intestin :

L'entérorraphie circulaire, procédé idéal mais nécessitant une technique parfaite pour éviter toute sténose.

L'entérorraphie latéro-latérale plus facile à réaliser est le procédé courant mais d'exécution plus longue que le précédent ; J. Gosset a recommandé l'emploi de l'anastomose latéro-latérale antipéristaltique (ce qui est physiologiquement sans inconvénient) qui évite la suture du mésentère en paletot et permet l'accollement des deux bouts intestinaux suturés l'un à l'autre, amenuisant ainsi les risques de désunion.

L'anastomose au bouton a la faveur des auteurs lyonnais et, de fait, les plus belles statistiques d'entérectomie (Delore et Thévenet, Husson) ont utilisé ce procédé extrêmement rapide lorsqu'on en a une certaine habitude.

Au demeurant tous les modes d'anastomoses sont bons s'ils sont exécutés avec soins ; l'emploi systématique de l'anesthésie loco-régionale minimise en effet le rôle du facteur temps dans l'exécution du rétablissement de la continuité intestinale.

***

Mais l'entérectomie reste passible d'un reproche ; sa gravité immédiate est incontestable : Ackerman et Hesse donnaient autrefois les chiffres de 42 % et 44,3 % de mortalité ; les statistiques récentes ne sont guère meilleures : Schaeffer, 33 %, Chabrut 33,3 %, Braine et Rudler 36 % ; aucune statistique récente n'a atteint le chiffre exceptionnel de celle de Delore et Thévenet, où la mortalité n'était que de 14 %.

En dehors de ce reproche incontestable il semble qu'il faille amenuiser les autres dangers de l'entérectomie :

Difficulté technique de son exécution mais c'est affaire de voie d'abord ;

Persistance du liquide de stase dans l'intestin entraînant des phénomènes de résorption toxique ; l'aspiration duodénale continue constitue ici un adjuvant thérapeutique très efficace ;

Danger de lâchage des sutures faites en milieu plus ou moins septique ; mais il semble que les observations publiées (Resillot, Godard et Palios) permettent d'attribuer cet accident à l'insuffisance de la résection.

Un seul fait demeure : la résection, opération idéale, reste grevée d'une assez forte mortalité du fait du terrain sur lequel on opère, des lésions que l'on rencontre.

Aussi quelques auteurs ont-ils cherché à éviter la résection en rétablissant la continuité intestinale à distance de l'anse sphacelée remettant à un temps ultérieur la cure chirurgicale du foyer infecté.

Il y a déjà fort longtemps qu'Helferich avait proposé de compléter l'extériorisation par une anastomose au pied de l'anse, que Noguchi, Samler l'avaient réalisée à distance de celle-ci. Dans la discussion récente quelques auteurs (Gueulette, Moulonguet, Rudler) se sont ralliés au principe de ce procédé qui est susceptible de différentes modalités mais comporte deux temps distincts :

Un temps crural d'ouverture du sac mais sans débridement de l'anneau ;

Un temps abdominal effectué par laparotomie et pouvant comprendre soit une simple anastomose latéro-latérale chez un malade fatigué, soit une exclusion bilatérale de l'anse malade lorsque l'état général du malade le permet.

La succession de ces deux temps respecte l'agent d'étranglement et a l'avantage d'établir une barrière entre le foyer infecté et l'anastomose faite. Ce procédé, en dépit de quelques succès incontestables (Darmaillacq, Daraignez, Oraison, Gueulette, Picot, etc.), est passible de certains reproches.

Comment apprécier (en dehors des cas de phlegmon herniaire) le caractère irrémédiable des lésions gangréneuses sans débrider le sac ? Darmaillacq et ses collaborateurs se basent sur l'existence de plaques de sphacèle au voisinage du collet. Peut-être ne faut-il voir là qu'un signe de présomption.

Par ailleurs laisser en place une anse sphacélée n'est pas sans inconvénient.

Enfin l'opération est presque aussi longue qu'une résection intestinale et si le malade peut la supporter il supporterait aussi une entérectomie (Lecène).

La méthode a toutefois une indication en cas de phlegmon herniaire; il est, en effet, préférable de faire sur le foyer herniaire le minimum de manœuvres, c'est-à-dire l'incision du sac sans toucher à l'intestin pour éviter de rompre les adhérences qui unissent le pourtour de l'anse au péritoine et au collet. Dans un deuxième temps (que l'état général ne permet pas toujours de faire immédiatement et le pronostic est alors très sombre) il faut aller rétablir la continuité intestinale.

Reste enfin la question des lésions limitées de gangrène pour lesquelles certains auteurs classiques (Berger-Lejars) admettaient la légitimité d'opérations partielles : enfouissement en bourse ou résection losangique de la plaque de sphacèle, invagination d'un anneau de striction. Schaeffer, Quenu se sont élevés contre cette tendance et ont posé en principe qu'une anse étranglée doit être réduite ou réséquée, réduite si elle est saine, réséquée si les lésions suspectes qu'elle porte ne cèdent pas à une infiltration du méso à la novocaïne ; une anse à vitalité douteuse c'est-à-dire dont les contractions sont incomplètes, où persiste une teinte noire et dépolie même peu étendue est une anse plus malade qu'on ne croit et qu'il serait dangereux de réintégrer dans l'abdomen. Il semble que dans ces cas l'entérectomie soit l'intervention de choix.

***

Les interventions pour gangrène intestinale restent au demeurant des opérations graves en raison des lésions auxquelles elles s'adressent. Il importe donc d'améliorer leurs résultats par une technique parfaite, une large utilisation du traitement antichoc et de l'aspiration duodénale. Mais surtout, comme l'a rappelé Lenormant, il faut intervenir précocement ; trop de hernies étranglées sont encore opérées au stade de phlegmon herniaire. « Il est peut-être bon de rappeler qu'il ne faut pas attendre l'apparition de vomissements fécaloïdes et l'arrêt des matières et des gaz pour faire un diagnostic d'étranglement herniaire, que chez tout malade ayant des vomissements et un syndrome abdominal aigu il ne faut jamais négliger l'examen des régions herniaires et ne pas se contenter d'un diagnostic d'embarras gastrique ou d'infection intestinale... La gangrène herniaire peut avoir une marche quasi foudroyante et un retard de deux ou trois heures peut transformer un accident simple, facile à traiter, en une lésion de gravité exceptionnelle... » (Lenormant).

---

(1) *Académie de Chirurgie*, T. 68, p. 41 et T. 69 nos 5 et 6, 11 et 12, 15 et 16, 21, 22, 23.

(2) Darmaillacq, Daraignez, Oraison. Soc. de Chirurg. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 26 juin 1941.

(3) Dumphy. *Journ. of the Ann. Med. Assoc.*, 5 juin 1940.

(4) Matyas. *Zentralb. f. Chirurg.*, 3 juin 1939.

(5) Noetzel. *Zentralb. f. Chirurg.*, 3 août 1940.

(6) Flamand et Pohl. *J. de Chirurg. et Ann. Soc. B. de Chirurg.* au 7 octobre 1938.

(7) Mialaret. *La Semaine des Hôpitaux*, an. 19, n° 4, avril 1943.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 25 JANVIER 1944

Mode d'action de l'infection récurrentielle dans la thérapeutique de la paralysie générale. — MM. LEVADITI et NOURY. — Pour élucider le mode d'action des injections virulentes (malaria ou fièvre récurrente) sur la P. G., on a envisagé soit la destruction du tréponème causal par le virus injecté, soit une simple pyrétothérapie sans antagonisme réel des germes. L'expérimentation sur la souris montre qu'il n'y a aucun antagonisme entre tréponème et spirochète de Dutton, qui peuvent coexister plusieurs mois chez un même animal en gardant leurs pouvoirs pathogènes respectifs. Conclusion valable sans doute aussi pour la malaria.

DISCUSSION. — M. CLAUDE. — L'avantage de la malaria est qu'on interrompt à volonté et sans risque d'erreur son évolution.

M. MATHIS. — Le rat contaminé peut garder durant des mois le sp. duttoni virulent dans son organisme. Il est donc prudent après une cure de redouter chez l'homme des reprises d'infection récurrentielle.

Le cycle normal du sp. duttoni se passe chez l'ornithodore et chez la souris, réservoirs de virus. L'homme n'est atteint que par déviation de ce cycle ce qui explique qu'en pays contaminé et même chez les races les plus atteintes, le taux des contaminations humaines n'atteigne pas de chiffre comparable à celui de la contamination de l'animal.

M. GUILLAIN. — L'efficacité de la malariathérapie ne tient pas tout entière dans la pyrétothérapie ; d'autres méthodes de pyrétothérapie sont loin de donner contre la P. G. d'aussi heureux effets que la malariathérapie.

Réactions cellulaires locales provoquées par l'injection intradermique d'épreuve chez le lapin guéri de vaccine cutanée. — M. J. VIEUCHANGE et J.-C. LEVADITI. — Chez le lapin guéri de vaccine cutanée l'injection intradermique donne une papule à évolution abortive avec inflammation dermo-épidermique subaiguë analogue à celle de la primo-infection mais atténuée. Dans la mesure du degré de cette atténuation les polynucléaires y font place aux monocytes. Dans les deux cas les cellules épidermiques contiennent des inclusions oxyphiles ressemblant aux corps de Juarnieri. Ces lésions sont analogues à celles que donnent les injections intradermiques d'un mélange virus-immunisérum sans qu'aucun caractère spécial réponde à l'une ou à l'autre de ces origines.

Etude botanique et biologique d'un endomyces rose isolé d'un cas de pseudo-dysenterie : endomyces, mycotonela albicans, variété rosée. — MM. A. et R. SARTORY. — Caractères morphologiques et culturaux.

Recherches sur le taux actuel de l'hémoglobine chez l'enfant sain (de 6 mois à 15 ans). — M. A. BAREAU. — Malgré la rareté des aliments riches en fer (jaune d'œuf, viande de bœuf, noisettes, amandes, noix), le taux d'hémoglobine n'a pas sensiblement varié ; les réserves de fer et ce qu'en ont apporté les légumes verts jouerait donc un rôle. L'examen a porté sur 575 enfants de 6 mois à 15 ans, de milieux divers. Les chiffres obtenus sont analogues ou à peine inférieurs à ceux des auteurs étrangers : Elvekyein, Guest, Mackay, Osgood.

Une forme typique de la psychose périodique. — M. BARBÉ. — Chez deux malades classiques quant à leurs crises maniaques, les crises mélancoliques ont fait place à des crises de stupidité du genre catatonique ; dans un cas une de ces crises a duré plusieurs années. Le pronostic de ces formes est encore obscur mais doit être très réservé surtout pour des crises de durée très prolongée.

DISCUSSION. — M. LAIGNEL-LAVASTINE.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1944

Rapport sur l'approvisionnement en lait de la région parisienne. — MM. LE NOIR et LEROY.

Rapport sur la vaccination par scarification au moyen du B. C. G. dans les services de Police. — MM. BEZANÇON.

Vitamine B_1 et eau sulfatée calcique. — MM. CHIRAY, JUSTIN-BESANÇON et DUBOST. — Les auteurs étudient sur des végétaux le pouvoir agocytique de la vitamine B_1 et d'une eau minérale sulfatée calcique (Vittel) et mesurent leurs pouvoirs respectifs, agissant ensemble ou séparément. L'eau minérale étudiée se montre douée d'un pouvoir agocytique notable.

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 %. — III. Action des diastases amylolytiques sur l'excrétion azotée fécale. — IV. Etude de la digestibilité in vitro des glucides du pain à 98 %. — MM. TRÉMOLIÈRES et ERSMANN (présentés par M. FIESSINGER). — Les auteurs, poursuivant leurs recherches, montrent que l'administration d'amylase corrige à la fois l'hyperglycémie insuffisante et l'excrétion azotée fécale excessive. Le son empêche la digestion des glucides par l'amylase par adsorption des diastases et le chyme arriverait dans des parties très septiques de l'intestin encore riche en glucides et en protides. D'où développement exagéré de cette flore, d'où le trouble de l'excrétion fécale avec les dyspepsies de fermentation et l'amaigrissement qui en résultent. L'administration d'amylodiastases et de pancréatine pourrait être un traitement logique.

M. LAPICQUE fait remarquer que l'ingestion de pain avec un horaire suffisamment espacé, permet souvent de combattre efficacement les viciations de la flore intestinale.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 14 JANVIER 1944

Considérations sur une variété d'artérites non séniles d'étiologie inconnue. — MM. LÉCHELLE, ANCELIN et CAPRON. — Onze cas d'artérite oblitérante observés en huit mois chez des adultes du sexe masculin. Les auteurs insistent sur leur fréquence insolite.

Note sur l'utilisation de la scurocaïne intraveineuse dans les néphropathies. Son action diurétique probablement par mécanisme vaso-moteur. — M. LANGERON. — L'action de cette médication paraît être surtout diurétique, par la levée d'une vaso-constriction glomérulaire.

Sclérodermie œdémateuse traitée par la radiothérapie et les infiltrations ganglionnaires. — MM. Etienne MAY et NETTER. — Deux cas traités par cette méthode. Guérison maintenue depuis dix ans. Cette thérapeutique efficace doit s'adresser à des sclérodermies à la phase œdémateuse. Ces deux cas sont en faveur de la théorie sympathique et vaso-motrice de la sclérodermie.

Etude clinique, pathogénique et médico-légale d'un cas de sclérose latérale amyotrophique traumatique. — MM. P. LÉCHELLE et ANCELIN. — Observation d'un homme de 45 ans qui, à la suite d'une commotion par éclatement de bombe vit évoluer une sclérose latérale amyotrophique. Les auteurs dégagent les formes cliniques de la maladie de Charcot d'origine traumatique.

Syndrome de Guillain-Barré. Evolution lentement ascendante, paralysie respiratoire grave au 2e mois. Guérison après un séjour de 5 jours dans le « poumon d'acier ». — MM. MASSOT et DUBOIS (Rennes). — Cas d'un jeune homme de 17 ans qui fit une paralysie respiratoire grave au 2e mois d'un syndrome de Guillain-Barré. Un séjour de cinq jours dans le « poumon d'acier » suffit pour pallier aux accidents qui eussent été mortels.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1944

Fistulisation dans la bronche droite d'une adénopathie trachéo-bronchique caséeuse avec compression bronchique. — MM. A. LEMOINE, LEDOUX-LEBARD, PALEY. — Chez fillette de 8 ans, apparition d'une adénopathie hilaire, au cours d'une primo-infection avec érythème noueux. Fistulisation dans la bronche droite. Par tubage gastrique. Présence de bacilles.

Accidents nerveux réflexes par réinsuflation d'un pneumothorax extra-pleural. — M. Pierre BOURGEOIS. — Au cours d'une réinsuflation chez un tuberculeux, apparition d'une hémiplégie gauche survenue avant toute injection d'air. Réinsuflation ultérieure, nouvelle hémiplégie compliquée et accidents convulsifs.

Rapports entre l'augmentation de la tuberculose et la sous-alimentation. — M. Pierre BOURGEOIS. — Variations suivant les catégories : la catégorie E qui n'a pas de déficit alimentaire, ne présente pas d'augmentation des cas de tuberculose, à l'inverse de toutes les autres catégories.

Kyste gazeux congénital du poumon suppuré et opéré. Lobectomie. — MM. PRUVOST, Robert MONOD, Mlle AUBIN et M. BRINCOURT. — Kyste congénital de la base droite s'étant manifesté par suppuration broncho-pulmonaire avec lésions d'emprunt variées. Lobectomie en deux temps, bien supportée. Mort par tuberculose secondaire un an et demi après.

Hématome intracérébral par rupture d'angiome capillaire. Intervention évacuatrice de l'hématome et ablation de la malformation. Guérison. — MM. DAVID, CANOT et CHARLIN. — Malade 37 ans, ayant hémiplégie gauche avec syndrome hypertensif et stase papillaire. Evacuation d'un caillot et extirpation d'une tumeur du tissu angiomateux. Guérison.

Péritonite encapsulante. — MM. NICAUD, GOSSET, LAFFITTE et PRUNEL. — Cas nouveau de péritonite encapsulante typique. Enquête étiologique négative. Aucune lésion tuberculeuse ni péritonéale, ni pulmonaire, ni récente, ni ancienne. Recherche de l'origine syphilitique négative. Pas de traumatisme opératoire antérieur, ni lésion viscérale ou périviscérale ou péritonéale. Résultat opératoire parfait.

Un nouveau cas de leptospirose à leptospira-grippo-typhosa. — MM. BOQUIEN et KERNEIS (de Nantes). — Femme de 27 ans, après bains dans la Sèvre Nantaise est atteinte d'un état fébrile méningé. Liquide céphalo-rachidien normal. Séro-diagnostic positif au leptospira-grippo-typhosa.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 18 JANVIER 1944

Evolution d'un cas de polypose colique généralisée. — MM. LEVEUF, LAURENCE et ROUÈCHE rapportent la suite de l'observation de ce malade antérieurement présenté par l'un d'eux ; une colectomie en deux temps a amené une amélioration considérable et permis un gain de poids de 10 kg.


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe
d'acides aminés : histidine,
tryptophane, extrait du SOJA,
riche en vitamines naturelles
de Fer et de Cuivre
de synthèse : l'Ambatolyl.
MODE D'EMPLOI :
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20°)


BOLDINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 5 à 6 par jour
ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
FOIE
BOLDINE HOUDÉ
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Pyomètre chez une fillette de six ans. Hystérectomie. — MM. Leveuf et Lamy présentent cette fillette qu'ils ont vue à l'occasion de pertes vaginales très abondantes compliquées d'abcès pelviens. Après plusieurs interventions sans résultats, ils durent avoir recours à l'hystérectomie qui montra la véritable nature des lésions et amena la guérison.

Maladie de Lindau. — MM. Lamy, Morux, Mlle Jammet, M. Blancard.

Evolution comparée de la morbidité diphtérique chez les vaccinés et les non-vaccinés. — M. Robert Rendu (de Lyon) apporte une importante étude statistique de laquelle il découle que le pourcentage des formes graves et mortelles est comparable chez les sujets vaccinés et non-vaccinés.

Recrudescence de la diphtérie et vaccination. — M. Robert Rendu (de Lyon). — A la suite de ces deux communications s'engage une discussion d'où se dégage la nécessité d'avoir recours à de fréquentes injections de rappel et la supériorité de la vaccination par trois injections.

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX

Symptômes et diagnostic

Epanchement d'air dans la plèvre.
Affection rare.
C'est l'état de la plèvre qui en commande la modalité :
A plèvre saine correspond un pneumothorax total ;
A plèvre cloisonnée correspond un pneumothorax partiel.

I. — Type : Pneumothorax généralisé.
Début : remarquable par sa brusquerie.
C'est à la suite d'un effort, d'une quinte de toux, d'un mouvement brusque, parfois sans cause appréciable, qu'apparaissent :
Point de côté déchirant : véritable douleur de perforation viscérale, en coup de poignard sous-mamelonnaire ; de la dyspnée intense, dramatique.
C'est pour ce syndrome éclatant brusquement qu'on est appelé d'urgence auprès d'un sujet jeune. On se trouve en présence d'un tableau d'asphyxie aiguë. Le malade — assis sur son lit, retenant sa toux, la voix cassée, la face pâle plaquée de cyanose, couverte de sueurs, les jugulaires distendues — est dans un état de shock marqué : les extrémités froides, le pouls petit, filant.
C'est la dyspnée qui domine le tableau : respiration superficielle, rapide à 40, 50 mouvements : c'est une polypnée.
Deux faits doivent être mis en vedette : il n'y a pas d'expectoration ; la température dessine un crochet à 40°.
On conçoit que devant un tableau aussi dramatique l'examen sera volontairement écourté : un examen rapide de la face antérieure du thorax suffit d'ailleurs à ramener le syndrome à sa cause montrant :
Inspection : immobilité d'un hémithorax ;
Percussion : à la percussion le tympanisme ; le son est toujours très élevé ; pouvant en imposer pour de la submatité.
Auscultation : à l'auscultation le silence respiratoire.
Traitement d'urgence :
Calmer la dyspnée par la morphine ;
Traiter le shock par les tonicardiaques ;
Surveiller le malade d'heure en heure :
Cherchant le déplacement de la pointe du cœur ;
Prenant le pouls, la tension artérielle ;
Surveillant l'évolution de la dyspnée en comptant les mouvements respiratoires.

Si la dyspnée ne se calme pas faire une ponction exploratrice avec une aiguille très fine reliée au manomètre de l'appareil à pneumothorax. Si la pression dépasse 5 pratiquer une décompression très prudente.
Période d'etat. En général :
Signes fonctionnels : la dyspnée, le point de côté se calment ; 24 ou 48 heures après le début on peut faire un examen plus approfondi.
Signes physiques : Inspection : un hémithorax est :
Immobile ; dilaté avec élargissement des espaces intercostaux.
Palper : au palper les vibrations vocales sont abolies ;
Percussion : à la percussion surtout on trouve la sonorité tympanique ;
Auscultation : à l'auscultation l'abolition du murmure vésiculaire.
Au total : abolition des vibrations vocales, tympanisme, abolition du murmure vésiculaire.
C'est le trépied de Gaillard, propre au pneumothorax. Il s'y associe plus ou moins précocement un syndrome amphoro-métallique.
a) Souffle amphorique, expiratoire, s'entendant surtout dans la région hilaire ;
b) Retentissement métallique de la voix et de la toux ;
c) Tintement métallique de Laënnec : bruit argentin perçu lors des grandes inspirations ;
d) Enfin par la percussion auscultée de deux pièces de monnaie on perçoit le bruit d'airain de Trousseau.
Ainsi le diagnostic est fait : un double problème se pose :
a) Faire la preuve de l'origine tuberculeuse du pneumothorax ;
b) Etablir le pronostic.
1° Pour préciser la nature tuberculeuse du pneumothorax il faut :
a) Chercher un autre foyer articulaire ou ganglionnaire dans les antécédents ;
b) Dans les semaines qui précèdent :
De l'amaigrissement, de l'asthénie, des sueurs nocturnes, de la fièvre vespérale ;
Tous signes qui n'avaient pas attirés l'attention mais qui, du fait de l'accident actuel prennent leur réelle signification ;
c) Surtout : 1) Rechercher les bacilles de Koch dans les crachats :
Examen direct, examen après homogénéisation, au besoin inoculation au cobaye ;
2) Rechercher au besoin les bacilles de Koch :
Dans le liquide de lavage d'estomac, dans les selles.
2° *Le pronostic* est fonction :
De l'état du poumon sous-jacent au pneumothorax, mais essentiellement de l'état de l'autre poumon ; c'est dire avec quel soin il faut examiner l'autre côté, s'attardant à l'auscultation :
Des fosses sus-épineuses, des creux sus-claviculaires, de la région axillaire.
C'est plus pour préciser l'état pulmonaire que pour confirmer le pneumothorax qu'on fera un examen radiologique :
Pas trop précocement ;
Toujours prudent étant donné le danger de mobiliser les malades ;
L'examen comportant deux temps :
Radioscopie, radiographie.
A) *Radioscopie :*
a) D'un côté on trouve :
L'élargissement d'un hémithorax, avec hyperclarté du champ pulmonaire ; le moignon pulmonaire est refoulé contre la colonne vertébrale.
Le diaphragme est déformé, aplati, peu mobile, il existe constamment un peu de liquide comblant le cul-de-sac ;
Les battements du cœur sont rapides surtout si le pneumothorax est à gauche ; enfin on note le balancement inspiratoire du médiastin.
b) Au cours de cet examen on étudiera avec un soin particulier le poumon opposé :
Cherchant si le sommet s'éclaire bien à la toux ;
Examinant les régions scissurales, les culs-de-sacs.
B) Enfin on consignera ces images par des clichés permettant de mieux étudier l'état du parenchyme.

Evolution. Est fonction de deux facteurs qui vont s'intriquer :
Epanchement, tuberculose causale.
1° L'épanchement lui-même :
a) Assez souvent le pronostic est bon :
L'épanchement d'air se résorbe, la petite lame de liquide disparaît en quelques semaines le poumon est à la paroi.
En même temps la température devient normale, le poids remonte, mais le malade reste un tuberculeux, aussi la convalescence sera longue : 6 mois environ. Le malade sera surveillé au cours des années qui suivent : cliniquement, radiologiquement.
b) En fait l'évolution la plus habituelle se fait vers l'hydrothorax.
Il ne faut pas compter pour l'annoncer sur : un point de côté ou la reprise de la température.
Il est en général latent et seul l'examen découvre :
A la percussion : à la base, de la matité à niveau supérieur horizontal;
A l'auscultation :
A la partie supérieure persiste le syndrome amphoro-métallique ;
A la partie inférieure : le silence apparaît ;
A la limite supérieure de l'épanchement par la succussion hippocratique on perçoit un bruit de flot surtout le malade allongé.
L'examen radioscopique montre une ombre :
A la limite supérieure horizontale s'élevant lors de l'inspiration (phénomène de Kienboeck).
La ponction retire un liquide :
Citrin ; Rivalta positif ; riche en lymphocytes ; l'inoculation au cobaye y trouve le bacille de Koch.

Evolution :
1° Dans certains cas est favorable : l'hydrothorax se résorbé mais toujours très lentement laissant des séquelles : adhérences. Symphyse pleurale ;
2° Ailleurs l'hydrothorax traîne, nécessite des ponctions répétées et bientôt c'est la transformation en pyopneumothorax. A la ponction le liquide devient purulent : verdâtre, mal lié, polynucléaires s'altèrent ; on trouve des bacilles de Koch.
Le pronostic est alors très réservé ; des ponctions répétées sont nécessaires ; la surinfection est presque fatale et bientôt l'évolution et mortelle dans la cachexie et l'amylose.
Telle est l'évolution schématique du pneumothorax.
En réalité il est artificiel d'en séparer l'évolution de la tuberculose causale qui s'intrique : le pneumothorax représente en général une manifestation de tuberculose évolutive.
1° Dans le cas où les lésions sont peu importantes le pneumothorax peut avoir une action favorable sur la tuberculose ; c'est là l'origine de la méthode de Forlanini ;
2° Mais dans le cas où les lésions sont étendues et surtout si elles sont « controlatérales » le pronostic est sombre.
L'amaigrissement, la fièvre viennent témoigner de l'évolution de la tuberculose dont bien souvent une granulie, une méningite, marquent le terme.

Formes cliniques :
1° Forme curable : le pneumothorax a été le seul accident de la tuberculose ;
2° Forme grave suffocante : le tableau est ici celui d'une asphyxie aiguë (polypnée-cyanose). L'évolution rapidement mortelle est le fait :
a) Tantôt d'un pneumothorax à soupape : affirmé par la prise de la pression intrapleurale, il indique la mise d'un trocart de cardis ;
b) Tantôt d'une défaillance cardiaque brusque ;
c) Tantôt et essentiellement l'existence de lésions de tuberculose évolutive controlatérale.
3° *Pneumothorax récidivants ;*
4° *Pneumothorax se constituant au cours de pneumothorax artificiels :* souvent rançon de pneumothorax entretenus malgré leur inefficacité sur des cavernes béantes, mal collabées, superficielles ou sur des pneumothorax compliqués de pleurésies :
Annoncés par l'installation brusque de la dyspnée ;
L'élévation brusque de la pression intrapleurale vient l'affirmer.
5° *Pneumothorax partiels :* malade reconnu, suivi.
Type : Pneumothorax sous-costal.
Début : en général inaperçu ; en effet :
Signes fonctionnels : Le point de côté, la dyspnée sont des faits communs chez le tuberculeux.
Un bon signe serait la modification brusque de l'expectoration qui, d'abord augmente, puis diminue ensuite.
Signes physiques : En fait c'est essentiellement un diagnostic d'examen quoique les signes soient d'interprétation difficile.
Palper : abolition des vibrations vocales sur une zone limitée ;
Percussion : tympanisme circonscrit ;
Auscultation : souffle amphorique ;
Sont autant de signes dénonçant une grande caverne.
Aussi bien plus importante est la modification et surtout la disparition brusque de signes stéthacoustiques en une zone limitée chez un malade suivi régulièrement.
Radiographie : image claire, arrondie ou ovalaire :
Ne se contractant pas à la toux ;
Accollée à la paroi.
Là encore c'est son apparition brusque chez un malade régulièrement radiographié qui est le meilleur signe.
Là aussi le pronostic est très sombre, car ce pneumothorax : augmente encore la dyspnée ; active les lésions du côté opposé ; est la source de complications locales.

Formes cliniques :
Pneumothorax du sommet : maximum de difficulté de diagnostic avec caverne ;
Pneumothorax diaphragmatique : souvent s'accompagne de douleur phrénique. Diagnostic difficile avec une hernie.
Pneumothorax médiastinal : syndrome médiastinal aigu.

Diagnostic. — Le diagnostic se pose dans des conditions variables :
1° *Diagnostic d'urgence :*
Asthme : bradypnée, dyspnée expiratoire ;
Embolie : circonstances différentes ;
Œdème aigu : expectoration mousseuse, râles bilatéraux, signes de défaillance du V. G. ;
Granulie : diagnostic le plus difficile.
2° *L'hydropneumothorax* peut faire discuter la pleurésie ponctionnée.
3° *Pneumothorax partiel :* pose le diagnostic d'une image clair intrathoracique :
a) Caverne : diagnostic très difficile ; importance des tomographies ;
b) Kyste congénital : diagnostic important, car la ponction serait dangereuse :
Liséré pulmonaire salissant le contour du kyste, mieux visible au sommet ou dans le cul-de-sac diaphragmatique ;
Image de tractus pulmonaire à l'intérieur du kyste.
Toujours se pose le diagnostic de nature du pneumothorax.
La tuberculose est la cause majeure.
Le diagnostic ne se discute même pas avec :
Le pneumothorax par exhalaison, l'emphysème, la silicose.
Cependant, dans certains cas, le pneumothorax a une allure spéciale : pneumothorax simple des sujets jeunes. Ici :
Le début est brusque mais jamais violent ;
La dyspnée progressive domine la douleur ;
Parfois le pneumothorax est latent ; découverte radiologique ;
L'évolution est bénigne :
Pas d'hydropneumothorax ;
Pas de lésion pulmonaire évolutive ultérieure ;
Mais la récidive est à redouter.
Aussi : pour certains ces pneumothorax seraient tuberculeux ; pour d'autres seraient dus à des malformations congénitales.
En réalité : n'affirmer l'origine non tuberculeuse qu'après des examens répétés ; imposer une longue convalescence ; suivre ces malades au cours des années suivantes.

Alice Doumic.

INFORMATIONS

Suite de la page 50

Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie de la Faculté de Médecine de Paris. — Un cours de perfectionnement préparatoire au diplôme d'hygiène est organisé à l'intention des docteurs en médecine ou étudiants en médecine n'ayant plus que la thèse à soutenir, qui auront été retenus en captivité pendant deux années au moins après le 25 juin 1940.

Les candidats devront se faire inscrire un mois au moins avant l'ouverture du cours.

Ce cours spécial, d'une durée de deux mois, commencera le 1er mars 1944, à 14 h. 30, au Laboratoire d'Hygiène ; il aura lieu tous les jours, le matin et l'après-midi, et comportera des conférences, travaux pratiques et séances d'instruction.

Droits à payer : Bactériologie : 200 francs. Parasitologie : 100 francs. Immatriculation : 300 francs. Bibliothèque : 200 francs. Droits de laboratoire : 350 francs. Examen : 200 francs.

Les inscriptions seront reçues sur production de pièces justificatives au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), tous les matins de 10 heures à midi et les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Laboratoire d'Hygiène, Ecole Pratique, escalier D, 2e étage.

Nécrologie

On annonce la mort de :

M. le Dr Jacques Girard, chirurgien honoraire des hôpitaux de Grenoble.

— M. le Dr Bongrand, trésorier de l'Association générale des médecins de France.

— M. le Dr Paul Vigné, d'Octon.

— M. le Dr Maurice Le Blond, à Paris.

— M. le Dr Louis Bour, de la Malmaison.

— M. Claude Plé, petit-fils de notre confrère et ami le Dr Thépenier, auquel nous adressons l'expression émue de notre bien affectueuse sympathie.

LIVRES NOUVEAUX

Le larynx et ses maladies, par CHEVALIER JACKSON, M. D. Sc. D., LL. D., F. A. C. S., professeur honoraire de broncho-œsophagologie, Ecole de Médecine, Temple University, Philadelphie, et par CHEVALIER L. JACKSON, A. B., M. D., M. Sc. (Med.), F. A. C. S., professeur de broncho-œsophagologie, Ecole de Médecine, Temple University, Philadelphie, version française par André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux. Préface du Professeur Lemaître. — Un vol. in-8 de 622 pages, avec 221 figures en noir dans le texte et 11 planches en couleurs hors texte. Prix : 265 francs. Gaston Doin et Cie, Editeurs.

Les auteurs nous offrent aujourd'hui un traité sur les maladies du larynx, qui représente le fruit de leur labeur et de leur expérience.

Clairement écrit, basé, non sur des recherches bibliographiques, mais sur la pratique clinique, cet ouvrage s'adresse aux médecins désireux de se renseigner sur les localisations laryngées des maladies générales et leur traitement, ainsi qu'aux spécialistes. Le débutant en spécialité y trouvera exposées avec ordre et clarté les notions indispensables à son éducation. Le laryngologiste déjà rompu aux techniques courantes, y précisera les points qui, pour lui, auraient pu rester dans l'ombre. Il trouvera enfin, à côté des chapitres classiques étudiés à fond, des questions bien souvent effleurées dans les traités classiques.

L'illustration est abondante : tous les documents reproduisent des croquis faits d'après le malade lui-même, des schémas expliquent le texte, toutes les figures sont complètes et composées pour mettre en valeur ce que l'auteur désire faire voir et retenir par son lecteur.

Les indications opératoires et la technique occupent une large part dans ce traité : les opérations décrites sont uniquement celles exécutées et vécues par les auteurs : l'expérience qu'ils en ont, leur permet de les recommander, étant donné les résultats obtenus ; les détails les plus précis et les plus ingénieux sont commentés et dessinés ; l'explication de leur raison d'être est indiquée. Tout est prévu pour permettre à l'opérateur une exécution simple et sans surprise.

Dans cet ouvrage domine une note originale et personnelle, elle résulte de la longue expérience de l'endoscopie directe « observatoire habituel et familier des deux auteurs ». Appliquée systématiquement à toutes les maladies du larynx, elle leur a permis d'écrire ce traité qui constitue la synthèse de leur pratique laryngologique. G.

Un nouvel aspect de la médecine tissulaire : les réticulopathies et le système réticulohistiocytaire. Pierre CAZAL (avec une préface de M. le Prof. Pagès). Paris, Vigot, 1942.

Après avoir étudié les caractères anatomiques et physiologiques du mésenchyme actif et les caractères anatomo-cliniques de ses altérations, l'auteur en propose une synthèse nouvelle.

Le système réticulohistiocytaire n'est pour lui que la partie la plus indifférenciée et la plus embryonnaire du mésenchyme d'où la multiplicité de ses activités potentielles qui se manifestent diversement selon l'influence subie ; celle de l'âge est parmi les plus nettement perceptibles. Cette évolution n'est pas sans quelque affinité avec la conception du temps biologique de Lecomte du Nouy.

Le système réticulohistiocytaire est un tissu ubiquitaire en contact avec le sang et avec la lymphe ; il contribue à en régler la composition, y envoie des prolongements et y déverse ses sécrétions.

L'auteur conclut en dressant un nouveau classement des réticulopathies, plus souple que les anciens, relativement simple et pourtant assez compréhensif pour admettre notamment deux types nouveaux ou rajeunis : réticulose amyloïde et réticulose histiomonocytaire, ce dernier type réunissant divers types apparentés antérieurement connus. R. L.

L'Electrochoc-thérapie. Etude physique et biologique, par les Drs LAPIPE et RONDEPIERRE. Un volume 12 × 18 cm., 214 pages, 65 fr. Maloine éditeur, Paris 1943.

Les auteurs ont introduit en France la méthode du Professeur Cerletti. Ils ont construit des appareils à la fois pratiques et précis. Une cinquantaine fonctionnent actuellement. Ils viennent encore de les perfectionner.

Ils montrent que la loi de Joule s'applique à l'excitation de l'encéphale et peuvent avoir introduit en électrothérapie une notion nouvelle. Leur livre comporte tout un chapitre de notions originales quant au dosage théorique et pratique du courant. Les résultats de l'expérimentation sur les animaux ont été confirmés par les milliers de chocs appliqués aux malades de Ville-Evrard.

Ils décrivent la technique à suivre pour obtenir des crises comitiales avec le minimum de risques pour le patient. Le chapitre des indications et des contre-indications montre la nette supériorité de l'électro-choc sur la convulsivothérapie par le cardiazol. Les résultats sont excellents dans un grand nombre de psychoses.

Le travail se termine par une importante revue des hypothèses sur le mode d'action de cette nouvelle méthode thérapeutique. G.









Dépôt légal. — 1944. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd
Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). — N° d'autorisation 83

N° 5. — 1er MARS 1944 117e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

Le prochain numéro de la Gazette des Hôpitaux *paraîtra le* 15 *mars* 1944.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Internat en Médecine (1943).

ORAL. — Séance du 3 février 1944. — *Questions posées:* Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du testicule. Signes, diagnostic et traitement des polynévrites alcooliques.

Notes: Mlle Aïtoff, 19 1/2; MM. Ossipovski, 18 ; Cœuillez, 21 ; Roume, 17 ; Hans, 23 ; Barbet, 20 ; Méary, 22 1/2 ; Postel, 15 ; Dubrisay, 20 ; Mlle Chevallier, 16.

ORAL. — Séance du 4 février 1944. — *Questions posées :* Formes cliniques et traitement des fractures du col du fémur. Signes et diagnostic du cancer du pylore.

Notes: MM. Bailly, 17; de Ponton d'Amécourt, 15 1/2 ; Routier, 20 ; Molho, 21 ; Delater, 23 ; Combet, 23 ; Pellot, 24 ; Tourneur, 25 ; Conche, 19 ; Lallemand, 23 1/2.

ORAL. — Séance du 6 février 1944. — *Questions posées:* Formes cliniques des cancers de l'utérus. Formes cliniques des complications articulaires do la blennorrhagie.

Notes: MM. Cazes, 16; Piérart, 23; Dubois, 19 ; Mercier, 15 ; Mlle Fossier, 21 ; MM. Hourtoulle, 20 ; Delbarre, 19 ; Christol, 20 ; Lemaire, 18 ; Féliciano, 14.

ORAL. — Séance du 7 février 1944. — *Questions posées:* Comnlications dues à l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur. Diagnostic de la scarlatine non compliquée.

Notes: MM. Nalpas, 16; Chavarot, 16; Roujeau, 24; Cresson, 14; Brochen, 20; Pillois, 22 1/2; Frileux, 28; Crucioni, 15.

ORAL. — Séance du 8 février 1944. — *Questions posées:* Diagnostic des sténoses œsophagiennes. Formes cliniques des hémorragies méningées non traumatiques.

Notes: MM. Melun, 12; Strauss, 19; Lamy, 16; Chapuis, 20 1/2; Suquet, 21; Courtois-Suffit, 12; Aladenise, 18; Duval, 22 1/2; Pichot, 27; Chevillotte, 23 1/2.

ORAL. — Séance du 14 février 1944. — *Questions posées:* Signes, diagnostic et traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou au delà de 20 ans.
— Complications cardiovasculaires de la fièvre typhoïde.

Notes : MM. Chambraud, 16; Chavalet, 15; Lavat, 18; Le Bourg, 20; Forgeois, 20; Sauvegrain, 20; Mlle Vaultrin, 19; Dumas, 20; Leddet, 27 1/2; Guéraud, 27.

ORAL. — Séance du 15 février 1944. — *Questions posées :* Signes et complications des fractures du rocher. — Signes diagnostic et traitement de l'anémie pernicieuse de Biermer.

Notes : MM. Meker, 16 1/2; Georges, 16; Giraud, 19; Chevret, 18 1/2; Robert, 16; Meunier, 17; Foix, 21; Mlle Desoutter, 18 1/2; Carraud, 15 1/2; Houdard, 27.

ORAL. — Séance du 18 février 1944. — *Questions posées :* Diagnostic des traumatismes fermés du poignet. — Signes et évolution de l'endocardite rhumatismale.

Notes : MM. Lafourcade, 22; Bruneau, 13; Roche, 20; Ferry, 25; Cerbonnet, 18; Raynaud, 19; Boissière, 21; Doutriau, 18; Marchal, 20.

Oral. — Séance du 20 février 1944. — Questions sorties : Formes cliniques de l'ostéomyélite non traumatique des os longs eans le traitement. Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu au poumon.

Notes : MM. Meunier, 15; Delagarde, 17; Reymond, 22 1/2; Gross, 15; Weber, 22; Dejours, 16; Bernier, 14; Richard, 24; Lestradet, 19 1/2; Faure, 14.

Oral. — Séance du 22 février 1944. — Questions tions sorties : Complications du goître. Signes et diagnostic de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Notes : MM. Hatt, 18; Vaujour, 21; K'brat, 21; Hartmann, 21; Fourdinier, 19; Pilven, 20 1/2; Flament, 11; Mme Pillet, 19; M. Roy, 20.

Concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements). — La médaille d'or a été décernée à M. Küss.

Concours (1 place) d'Oto-Rhino-Laryngologiste.

Jury: MM. les docteurs: Lallemant, Lemariey, Leroux, Lemaître, Châtellier, Huet, Grivot, oto-rhino-laryngologistes; Garcin, médecin; Basset, chirurgien.

Concours spécial d'Attaché d'Electro-Radiologie pour prisonniers libérés.

Jury: MM. les docteurs: Bourguignon, Ledoux-Lebard, Beau, Belot, Cottenot, Peuteuil, Nadal.

Concours de médecins des hôpitaux (1944).

Questions sorties. Epreuves de sous-admissibilité. Epreuve écrite.

Section A: Myxœdème acquis de l'adulte. (Questions restées dans l'urne : Erythème noueux; Endocardite maligne et forme fruste.)

Section B : Les méningites lymphocytaires aiguës. (Questions restées dans l'urne: les ostéomalacies; Acromégalie.)

Section C : Maladie de Hodgkin. (Questions restées dans l'urne : cancer primitif broncho-pulmonaire ; les Cyanoses.)

Section D : Œdème aigu du poumon. (Questions restées dans l'urne : les ulcères du duodénum, signes, diagnostic et traitement; les ictères hémolytiques.)

Concours d'assistant d'ophtalmologie des hôpitaux (1 place).

M. Brégeat a été nommé.

Concours d'Assistant en Obstétrique (une place). — Ce Concours sera ouvert le vendredi 26 mai 1944, à 9 heures, à l'Administration Centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Inscriptions du vendredi 21 avril au jeudi 4 mai 1944 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (Escalier A, 2e étage).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours de chef de laboratoire de chimie biologique (3 places vacantes à Hôtel-Dieu, à l'Hôpital Bichat et au groupe hospitalier Necker-Enfants malades). — Ce Concours aura lieu le mardi 21 mars 1944, à 10 heures, à la Salle des Commissions du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

Se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, (Bureau du Service de Santé), du lundi 21 février jusqu'au jeudi 2 mars 1944, inclusivement de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Les Candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours d'Internat en Pharmacie pour la nomination aux places d'internes vacantes, le 15 octobre 1944, dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

Ce Concours sera ouvert le lundi 27 mars 1944, à 10 heures du matin, à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris, 4, avenue de l'Observatoire (6e).

Se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, (Bureau du Service de Santé, 2e étage), tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 16 h. 30, du mardi 22 février au lundi 6 mars 1944 inclusivement.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Un concours pour sept places d'*Internes titulaires* et sept places d'*Internes provisoires* sera ouvert le mardi 28 mars 1944, à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Seconrs, 66, rue des Plantes (14e).

Les épreuves sont au nombre de denx et toutes deux théoriques :

Une écrite comprenant trois questions (Anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points.

Une orale comprenant deux questions (Pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les Internes titulaires en fonctions reçoivent un traitement annuel de 9.000 francs la 1re année, 10.080 francs la deuxième, 11.520 la troisième et 13.320 francs la quatrième. Ils reçoivent, en outre, une indemnité de nourriture de 3.600 francs par an, et une autre de vie chère de 2.400 francs par an.

Pour les renseignements et demandes d'inscriptions s'adresser au Bureau de la Direction, 66, rue des Plantes, le matin de 10 h. 30 à 12 heures ou l'après-midi de 15 à 17 heures jusqu'au 18 mars inclus, dernier délai d'inscription.

Hôpitaux de Province.

Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires :* MM. Geneste, Ducassou, Rouyère, Martin (Claude), Guérin, Bouineau, Lasserre, Marchand, Diacono, Doutre, Goigoux.

2° *Externes en premier :* M. Blanchot, Mlle Hudlet, MM. Rivière, Texier, Poulin, Lintilhac, Jensen, Marot, Casassus, Roesberg.

Facultés de Médecine.

Le *Journal officiel* du 11 février 1944 publie la loi suivante en date du 5 février 1944.

Article premier. — La loi du 17 novembre 1940 portant suspension d'élection dans les divers établissements d'enseignement supérieur jusqu'au 31 décembre 1941 et maintenant en fonctions jusqu'à cette même date les doyens chefs d'établissements et délégués en exercice, prorogée jusqu'au 31 décembre 1943 par la loi du 9 février 1943, est prorogée à nouveau jusqu'au 31 décembre 1944.

Faculté de Médecine de Paris.

M. Lantuéjoul, agrégé, a été nommé professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale Tarnier en remplacement de M. Portes, transféré.

Une série supplémentaire de travaux pratiques de Médecine légale aura lieu du 10 au 18 mars prochain. *Droit d'inscription: 200 francs.* Les étudiants rentrant d'Allemagne comme prisonniers de guerre seront admis gratuitement. Inscriptions au Secrétariat (guichet n° 4) tous les matins, de 10 h. à midi et les après-midi des lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Déclaration obligatoire du tétanos. — Le *Journal officiel* du 11 février publie le décret n° 3242 du 29 novembre 1943, ainsi conçu :

Article premier. — Le tétanos est ajouté, sous le n° 20, à la liste des maladies à déclaration obligatoire telle qu'elle a été fixée par le décret du 15 mai 1936.

Ordre des médecins d'Indochine. — Le *Journal officiel* du 10 février publie le décret n° 334 du 4 février 1944 modifiant le nombre et le ressort des conseils de collèges des médecins d'Indochine.

Conseil permanent d'Hygiène sociale. — M. le docteur Poix, vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose, a été désigné comme membre du Conseil permanent d'Hygiène sociale (section de la tuberculose), en remplacement du professeur Sergent.

Inspection de la santé (*J. O.* du 1er février 1944). — Par arrêté du 12 janvier 1944, M. le docteur Depierris, médecin inspecteur de la santé du Cher, est mis en disponibilité, sur sa demande, pour une période de deux ans, à compter du 7 décembre 1943.

Par arrêté du 12 janvier 1944, M. le docteur Dusseau a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la Loire-Inférieure, au maximum pour la durée des hostilités.

Par arrêté du 12 janvier 1944, M. le docteur Prunet, inspecteur départemental d'hygiène et directeur du bureau d'hygiène de la ville de Bourges, a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé du Cher, au maximum pour la durée des hostilités, à dater du 15 juillet 1943.

Actes dont l'exécution est réservée aux docteurs en médecine. — Le *J. O.* du 5 février 1944 publie un rectificatif à l'arrêté du 5 janvier 1944 (voir Gaz. Hôp. 1944 n° 2 p. 18, 1re col.). Supprimer le troisième paragraphe ainsi conçu : « L'examen radioscopique et la prise de radiographies. »

Les actes réservés sont donc réduits à : 1° la prise de la tension artérielle; 2° la ponction veineuse et l'injection intra-veineuse.

Marine et Colonies. — Indemnités allouées aux membres des jurys d'examen pour l'obtention du titre de *médecin de la Marine Marchande.*

Les membres des jurys d'examens qui n'ont pas l'état d'officier ni la qualité de fonctionnaire relevant du secrétariat d'État à la marine reçoivent une indemnité de 20 francs par candidat examiné pour chacune des épreuves avec minimum de 100 francs et maximum de 500 francs pour chaque série d'épreuves.

Education Nationale. — Le *J. O.* du 4 février 1944 publie un décret n° 215 du 3 février 1944 portant classification des médecins des centres d'éducation générale et sportive dans les échelles prévues par la loi du 3 août 1943. Les traitements de médecins du centre national s'échelonnent de 55 à 75.000 fr., ceux des médecins régionaux de 46 à 56.000 fr., ceux des médecins adjoints de 34 à 45.000 francs.

Académie de Médecine. — Dans la séance du 22 février, M. P. Ameuille a été élu membre titulaire dans la section de médecine.

Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix de 5.000 francs de l'Académie a été décerné en 1944 à MM. Paul Meunier et Yves Raoul, pour leurs travaux en cours sur les dosages des vitamines humaines.

On sait que les prix de l'Académie Duchenne de Boulogne sont destinés à récompenser les travailleurs indépendants dont les travaux auront fait progresser les sciences médicales.

Les mémoires inédits et non encore récompensés doivent être adressés chaque année avant le 1er octobre au Secrétariat de l'Académie, 60, boul. de Latour-Maubourg, Paris-7e.

U. M. F. I. A. — Le conseil d'administration de l'Union Médicale latine (U.M.F.I.A.) a fait célébrer le 23 février, en l'Eglise espagnole de la rue de la Pompe, une messe à la mémoire de ses présidents fondateurs décédés : le Dr Dartigues et le Dr Bandelac de Pariente.

Enseignement des Hôpitaux libres. — Sous le titre « l'enfant fugueur et voleur d'aujourd'hui », le docteur d'Heucqueville a parlé des petits vagabonds du maquis et du marché noir : tous sont des malades qu'il faut soigner et qui peuvent guérir.

(*Voir suite page* 77.)

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Conseil du Collège Départemental de la Seine.

Chaussures et blouses pour le Corps Médical de la Seine. — Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine informe les confrères du département qu'il tient à leur disposition des bons de chaussures (hommes) et de blouses (hommes et femmes).

En raison du nombre limité de bons en sa possession pour ce premier trimestre, seuls pourront en bénéficier, les confrères n'en ayant pas obtenu récemment par les soins de leur mairie.

Ils devront, eux ou leur représentant, apporter leur carte de textile au Conseil de l'Ordre qui, sur la demande de l'Office répartiteur, mentionnera l'obtention de ce bon.

Relèvement des honoraires médicaux dans le département de la Seine. — Le Conseil du Collège départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine a décidé le relèvement des honoraires minima.

Cette mesure entrera en vigueur à dater du 1er mars 1944.

Consultation, 50 francs; visite, 60 francs; visite du dimanche, 80 francs; visite de nuit, 120 francs; le taux des coefficients P. C. et K. est porté à 30 francs.

Attention au voleur !

Plusieurs de nos confrères viennent d'être victimes de vols dans leur salon ou leur appartement. Sous le prétexte d'assister à la consultation demandée téléphoniquement pour sa femme, le voleur arrive quelques instants avant l'heure fixée pour dérober des objets de prix dans le salon d'attente.

Il paraît s'intéresser spécialement aux tapis qu'il emporte soit roulés autour du corps sous son ample pardessus, soit enveloppés dans une toile qu'il a apportée. Du salon, il sort sans prévenir pour rôder dans tout l'appartement, prétendant, s'il est rencontré, qu'il cherche les w.-c. Dans plusieurs cas, ne pouvant sortir de l'appartement sans être vu, il a prétexté ne pouvoir plus attendre, et laissé au médecin ou à la bonne une note griffonnée priant sa femme de lui téléphoner après la consultation à une adresse téléphonique censée être celle de son bureau. L'adresse est fausse, naturellement.

Signalement : 30 à 35 ans, taille 1 m. 72 environ, visage plutôt rond, courte moustache taillée, pas de barbe, pardessus beige clair d'étoffe plucheuse, feutre noir. Aspect dn petit employé.

(Communiqué.)



FORTOSSAN
PHOSPHORE VÉGÉTAL ASSIMILABLE

FORTOSSAN IRRADIÉ
PHOSPHORE ET VITAMINE D.

Assure la nutrition et la croissance normale chez l'enfant.

Prévient et guérit le rachitisme

Poudres solubles
1/2 à 4 cuillerées à café par jour

LABORATOIRES CIBA — Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu — LYON

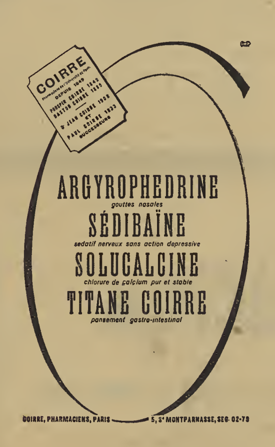
DIURÈNE

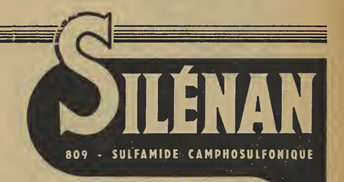
EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris





SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ

Possède toutes les activités thérapeutiques du **sulfamide**, renforcées par la molécule **camphre soluble** qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.

ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.

Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.

2 formes : comprimés et poudre.

Tableaux de Traitements sur demande

Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON

REVUE GENERALE

LA NEURO-CHIRURGIE SYMPATHIQUE DU CÔLON

par le Professeur E. Mériel (de Toulouse).

Cette dénomination s'applique à une conception nouvelle du traitement de certains états cliniques du côlon, basée sur une physiologie du système sympathique, qui prend de ce fait le pas sur la lésion anatomique. C'est l'étude relativement récente de cette physiologie par les tests fournis par l'infiltration splanchnique qui a ouvert la voie à cette neurochirurgie dont les résultats satisfaisants encouragent à en étendre les indications dans les dysfonctionnements du côlon. Cette méthode nouvelle s'adresse à des affections chroniques, désespérantes par leur résistance à la succession des traitements médicaux divers mis en œuvre. Son développement s'est, il faut l'avouer, heurté d'abord à nos ignorances de physiologie pathologique et surtout, dit Leriche, aux traditionnelles objections *a priori*, au refus systématique de l'acceptation de faits nouveaux que rencontre toute chirurgie nouvelle : dangers, inconstance et caractère transitoire des résultats. Mais la lumière se faire chaque jour davantage en physiologie pathologique, grâce aux connaissances acquises par les résultats des infiltrations splanchniques. Ainsi, dans ces maladies chroniques, savons-nous maintenant que nous pourrons beaucoup contre les phénomènes physiologiques qui « les font, les accompagnent ou les aggravent » (Leriche).

Ceux-ci sont dirigés par le système neuro-végétatif, le grand fédérateur (P. Mauriac).

La région sous-diaphragmatique nous intéressant seule ici, c'est donc du trajet abdominal du splanchnique que nous parlerons. Dans ce trajet intra-abdominal, le grand splanchnique se porte presque transversalement en dedans, pour aller se jeter sur le ganglion semi-lunaire. Or, des branches issues du plexus solaire, seul nous intéresse ici le plexus mésentérique

Le plexus supérieur, né par de nombreux filets des ganglions semilunaires, suit plus ou moins fidèlement l'artère mésentérique supérieure pour aller se distribuer à l'intestin. Ainsi il contrôlera tout le jéjunoiléon et la partie droite du gros intestin jusqu'au milieu du transverse. La partie gauche du gros intestin, depuis ce dernier point jusqu'au rectum, sera le territoire du plexus inférieur.

Telle est l'étendue du territoire d'innervation colique du splanchnique. Or, quand on parle du splanchnique, il faut, avec Cruveilhier, sous-entendre qu'il s'agit des trois nerfs, considérés en pratique comme un seul nerf. De plus, dans chaque organe où se distribue le système du splanchnique, on rencontre des filets du système antagoniste, le pneumogastrique. « Le pneumogastrique fait relâcher les fibres circulaires des conduits et relâcher les sphincters ; le sympathique, au contraire, inhibe la contraction du conduit et ferme les sphincters. Cette double *innervation antagoniste* se meut d'habitude dans un parfait équilibre, et nos fonctionnements viscéraux se font d'ordinaire sans que rien n'accroche dans ce mécanisme si singulier. » (Leriche.)

Mais cet état d'équilibre est fragile et il incline aisément à la pathologie, si bien qu'on peut se demander, ajoute Leriche, si cette double innervation antagoniste qui intervient continuellement tout le long du tube digestif n'est pas la source de ces maladies d'organe, toutes plus ou moins semblables dans leur aspect. Il s'ensuit que la conception de l'origine neurogénique de certaines maladies du tube digestif paraît solidement assise. Il suffit, en effet, de se rappeler que le système nerveux règle dans l'intestin le mouvement des fibres circulaires et longitudinales, les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires, les phénomènes chimiques de l'absorption.

D'une manière générale, le sympathique est dilatateur dans le tube digestif. En même temps qu'il est inhibiteur des contractions d'un conduit, il en fait contracter le sphincter. Cela semble indiquer, remarque Leriche, que le nerf est plus actif en cela que ne le laisse supposer le mot d'inhibition. Celle-ci, en physiologie, ne vise que la forme aiguë d'expériences brutales qui ne donnent qu'un résultat instantané et massif. En pathologie, au contraire, pareille action n'intervient pas ; ce sont plutôt des scléroses parcellaires qui, agissant lentement, longtemps, provoquent par endroits, à côté des destructions, des régénérations et des hypertrophies. Le mécanisme est donc celui des troubles chroniques, celui, en somme, que nous montre la pathologie. Elle nous montrera les conséquences d'une inhibition prolongée sous forme d'une dilatation (mégacôlon, par exemple). Les dilatations localisées du tube digestif (estomac, duodénum, cæcum, côlon, vésicule biliaire) doivent être étudiées sous cet angle. On pourra même quelque jour ajouter à ces dilatations, dans la même conception, les atonies et les ptoses.

La conséquence de ces notions physiologiques de déséquilibre d'innervation le long du tube digestif est leur correction par l'acte opératoire. Assurément, l'expérience en cette matière est encore trop récente pour qu'on puisse en parler avec certitude, mais des faits sont là, en nombre déjà suffisant pour en faire état et essayer de fixer les indications de ce traitement. Il faut le faire avec précision, sans quoi des indications mal posées jetteraient le discrédit sur une méthode d'avenir. « Quand on étudie des choses nouvelles, dit très justement Servelle, il faut une méthode de travail sûre et bien réglée. »

C'est d'abord aux *dilatations d'organes digestifs* que l'on s'est adressé. La méthode rigoureuse conseillée par Leriche et appliquée par ses élèves et assistants (Frieh, Servelle, Mlle Ricardeau, Latarjet, Marcel Bérard, Ballivet, Mallet-Guy) est la suivante. Après avoir reconnu la maladie cliniquement et radiologiquement, on examine le malade à l'écran sans préparation. Souvent ainsi on voit le dessin des parois dilatées, même sans insufflation d'air. Après avoir noté ce qu'on a vu et l'avoir même fixé sur une radiographie, on administre de la bouillie barytée, par la bouche ou en lavement, suivant les cas, pour se rendre compte de l'état anatomique et du fonctionnement avant le traitement. C'est ainsi qu'on peut noter le mode de remplissage, le moment d'apparition des douleurs de réplétion, et qu'on observe ce qui se passe. La bouillie passe dans le segment intestinal suivant ou, dans le cas de mégacôlon, ne ressort pas.

L'état antérieur étant ainsi noté, on procède à l'infiltration d'un seul côté ou des deux. Aussitôt l'injection faite, on se remet à l'écran. On regarde ce qui se passe et, dès qu'on voit se produire une modification dans l'état fonctionnel, on prend un nouveau cliché, puis un autre vingt minutes après, pour pouvoir suivre les modifications qui se passeront. Le lendemain et jours suivants, nouveaux examens radioscopiques et prise d'un nouveau cliché si le changement d'état du côlon s'est maintenu. Si maintenant l'épreuve d'une seule infiltration s'avérait insuffisante, on pratiquerait un traitement d'épreuve par une série de six infiltrations splanchniques échelonnées sur huit ou dix jours, en suivant sur l'écran les transformations qui viendraient à se produire. (Servelle.) Si le résultat est positif, alors se posera la question de la section.

Examinons maintenant la technique de l'infiltration, puis de la section des nerfs splanchniques.

L'anesthésie par infiltration — inoffensive d'ailleurs — est à la fois une méthode d'analyse pathologique, quasi expérimentale, et aussi une thérapeutique d'attente — donnant plus de 50 % d'améliorations — et, en cas d'échec ou d'efficacité trop courte, le test de l'indication opératoire. (G. Durand.)

Le blocage du nerf splanchnique est, malgré la profondeur, réalisable avec une technique assez simple. C'est par la voie postérieure latéro-vertébrale, l'index gauche placé dans l'espace inter-épineux qui sépare L1 de DXII, à trois travers de doigt en dehors de la ligne épineuse, et face à l'index gauche toujours en place, une fois prises les précautions d'asepsie d'usage — et peut-être, si le malade est pusillanime, après une injection sous-cutanée analgésiante — que l'on enfonce l'aiguille, semblable à celle de la rachi, de telle façon que sa direction fasse avec le plan médian antéro-postérieur un angle de 30°. Après pénétration, on injecte dans la masse lombaire 1 à 2 cc. d'anesthésique local, pour permettre de cheminer, sans douleur. (Mme Mazet-Ramadier.) L'aiguille, ainsi enfoncée profondément et lentement, arrive à raser le bord supérieur de la transverse de L1, à 4 centimètres de profondeur. Si on bute sur la transverse, on retire l'aiguille pour la faire passer au-dessus ou au-dessous, et on arrive à buter à 8 centimètres de profondeur sur le corps vertébral. On aspire alors pour s'assurer qu'il ne s'écoule pas de liquide céphalo-rachidien, puis on injecte 20 à 30 cc. de la solution à 1 % de novocaïne, sans adrénaline. La faiblesse de ce taux permet d'en employer une plus grande quantité. Récemment, Mme Mazet-Ramadier s'est servie de solution à 0,50 % et a injecté 30 cc. L'anesthésie a été aussi bonne et la grande quantité de liquide a permis de baigner plus complètement la loge du tissu cellulaire lâche dans laquelle se trouve le nerf au niveau de DXII. En même temps que le splanchnique, le premier ganglion lombaire se trouvera injecté.

Cette infiltration n'est guère suivie d'incidents sérieux, à part quelques malaises vite passés et une piqûre de la plèvre qui donne une très minime réaction.

Le test d'une infiltration correcte sera, d'après le livre de Lambret, Bozeman et Decoux : 1° une diminution de la tension artérielle (surtout de la Mx), qui ne remontera que très lentement, en trois à quatre jours ; 2° une diminution de la glycosurie alimentaire et une hypoglycémie temporaire, mais ces données expérimentales sont peu à la portée du praticien ; 3° l'accélération du pouls, mais ce n'est pas un test certain. Le seul test vraiment à retenir sera l'augmentation du péristaltisme au cours de l'examen radiologique.

En somme, pas de test véritable d'une infiltration splanchnique ; le meilleur est encore de bien choisir ses repères osseux et de bien diriger l'aiguille.

Telle est cette infiltration envisagée soit comme traitement, soit comme procédé d'étude et comme test *avant* une opération ganglionnaire.

Celle-ci est la *section* du splanchnique. Leriche et Fontaine ont fixé en 1940 leur technique par voie sous-péritonéale. Les temps principaux sont : une incision lombo-iliaque sous-costale partant de la pointe de la douzième côte et se prolongeant obliquement en avant, d'une longueur de 15 centimètres, section du grand et du petit oblique, dissociation du transverse, puis décollement du péritoine et de la masse rénale; des écarteurs larges bien placés permettront de *voir* les arcades du psoas et du pilier interne du diaphragme.

On écarte ensuite doucement, avec un tampon mouillé, la graisse masquant la colonne, et on voit alors apparaître la chaîne lombaire appliquée sur les piliers, parfois masquée par le bord saillant du psoas, qu'on écarte. Un crochet est passé à ce moment sous le splanchnique, qu'on peut suivre, pour être plus sûr, jusque vers le ganglion semilunaire. Après infiltration du splanchnique à la surrocaïne, on le coupe. Le tout s'est passé sans hémorragie notable.

Les suites opératoires sont simples. Servelle n'a, en effet, relevé aucun décès, sauf chez des malades venus au neuro-chirurgien à un stade tardif (atteinte rénale, troubles de la coagulation) pour lesquels il eût mieux valu s'abstenir. Ce qui est important à retenir, c'est que ce n'est pas une opération grave et qui peut être supportée par de grands diabétiques. Goinard la fait même sous anesthésie locale, et certains même, exagérant leur pensée, vont jusqu'à dire que c'est une « opération de petite chirurgie », opinion assurément exagérée.

Elle n'a pas cependant la gravité qu'on pourrait lui attribuer, puisque sur 26 observations recueillies par Servelle, il n'y eut qu'un seul décès, et cette comparaison avec la colectomie (10 à 30 % de décès) est en sa faveur.

Examinons maintenant les effets et les indications de ces deux opérations (infiltration et gangliectomie).

Il faut rappeler tout d'abord qu'au tableau clinique de toute affection abdominale se surajoutent des signes de souffrance des centres nerveux végétatifs de l'abdomen. Ces signes frustes, isolés et dissociés, forment par leur ensemble un faisceau qui constitue le *syndrome cœliaque*. C'est un groupe de symptômes à prédominance gastrique et intestinale (douleurs violentes à l'épigastre, hyperesthésie cutanée, vomissements, contracture abdominale et constipation). Autonome et sans cause viscérale associée, c'est la *coelialgie fonctionnelle* de Loeper et Esmonet. On conçoit combien ces états bruyants peuvent modifier l'affection primitive, au point de la faire méconnaître ou même de simuler une affection inexistante. Ainsi s'expliquent certaines erreurs de diagnostic (fausses perforations, fausses appendicites aiguës) qui, en raison de leurs réactions d'origine solaire, trompent le chirurgien et conduisent à des laparotomies blanches où on trouve des organes macroscopiquement sains. Il est dès lors logique de penser à utiliser le blocage anesthésique de la région coeliaque pour éliminer les réactions trompeuses des centres nerveux abdominaux.

Le résultat le plus manifeste et le plus constant est l'effet sur la douleur. On voit ainsi des malades dolents et se tordant dans leur lit redevenir souriants dans les premières minutes qui suivent l'infiltration. Celle-ci fera, par exemple, cesser les phénomènes douloureux accompagnant une sténose intestinale organique. En outre, on voit ce phénomène paradoxal d'une anesthésie qui, en principe, ne dure que quelques heures à peine, pourra supprimer définitivement un syndrome douloureux tenace. C'est que la douleur n'est que l'extériorisation sensitive du processus, en partie mal connue. (Mazet-Ramadier.)

Cette suppression de la douleur étant l'effet capital et constant de l'infiltration, il faut la réserver aux cas de syndrome coeliaque ou de spasme, et ne pas en faire une panacée, qui deviendrait dangereuse si on voulait l'appliquer aux cas d'urgence chirurgicaux.

On ne doit pas non plus lui demander de diagnostiquer le siège de la douleur, puisque le territoire nerveux imbibé correspond à de nombreux viscères abdominaux intra et extra-péritonéaux.

Par contre, cet effet de la sédation douloureuse pourra être utilisé dans les cas de tumeurs inopérables ou récidivées de l'abdomen (côlon, rectum) en pratiquant à des intervalles assez longs des infiltrations uni ou bilatérales.

A signaler également l'arrêt des vomissements d'origine réflexe au cours des crises douloureuses.

L'action se montre pareillement heureuse dans les *occlusions fonctionnelles*. C'est ainsi que Leriche, après une section du splanchnique, ayant constaté une évolution post-opératoire facile, des selles régularisées, préconise l'infiltration contre l'arrêt fonctionnel du transit intestinal.

Ainsi, en paralysant le splanchnique, on voit reparaître immédiatement la contraction et le péristaltisme, établissant de ce fait une prédominance vagale.

Tous ces faits ont permis d'étendre les indications de cette chirurgie splanchnique à de multiples affections du tube digestif ou des annexes, comme à de nombreux syndromes abdominaux douloureux.

Ainsi le *mégacôlon* et le *dolichocôlon* ont apporté une preuve frappante de l'action de ces interventions sur le sympathique.

Aux théories pathogéniques faisant de la maladie de Hirschprung une banale dilatation consécutive à un rétrécissement colique ou rectal (Trêves), à la présence de replis ou de valvulus (Bensaude, Sorrel), de coudures (Neugebauer), de torsions ou de volvulus incomplets (Okinczyc), s'oppose maintenant la conception physiologique d'une innervation défectueuse de l'intestin. Ischikawa pense, en effet, qu'il s'agit d'un trouble de l'innervation para-sympathique, d'où météorisme, stase et par suite hypertrophie pariétale de l'intestin, ce qui, au fond, rejoindrait presque l'opinion de Hirschprung, qui partait d'une ectasie originelle « idiopathique . Or, sous l'influence de l'infiltration, la réduction, radiographiquement contrôlée de ces ectasies coliques, apportera, comme nous le verrons, une atteinte sérieuse aux théories purement mécaniques.

D'autre part, entre méga et dolichocôlon, on ne doit plus, à l'heure actuelle, faire de distinction tranchée. L'âge lui-même ne suffit plus à les séparer puisqu'on connaît des cas de mégacôlon découverts à l'âge adulte (autopsie de Louis XIV). De plus, l'expérience clinique montre qu'il y a presque toujours *association de méga et de dolichocôlon* (nous l'avons observé dans deux examens radiographiques), la maladie de Hirschprung s'accompagnant presque toujours d'une augmentation de longueur. La radiographie, d'une part, révèle une à plusieurs *anses supplémentaires*, et, d'autre part, les colectomies sigmoïdiennes ont souvent montré des mégacôlons de 90 centimètres, 1 mètre et plus, au lieu des 20 et 50 centimètres de l'état normal.

Leriche et ses élèves considèrent qu'il ne peut pas exister d'excès de longueur sans excès de volume de côlon. Or, la radiographie sans préparation apporte à cette opinion un argument incontestable, et l'excès de calibre ne doit plus désormais faire oublier l'excès de longueur. De cette opinion de la coexistence (méga-dolichocôlon) on a été amené à admettre une succession entre les deux malformations (Seille, Letondal, Kontzeny). Il suffit, dit Leriche, de regarder des radiographies coliques en série pour se rendre compte de cette unicité. Aussi, devant la banalité de cette constatation, radiologistes et chirurgiens sont-ils arrivés à associer souvent les deux termes, méga et dolicho. Au fond, si on se demande ce que sont ces deux états, côlon trop long voudra dire « fibres longitudinales plus longues que d'habitude », et côlon trop large signifiera « fibres circulaires plus développées que normalement ». La maladie n'est pas que des fibres circulaires, elle est tout autant des fibres longitudinales atteintes du même trouble fonctionnel ou anatomique ». La preuve expérimentale est fournie à Leriche par la la radiographie qui lui a montré, trois mois après une sympathectomie lombaire bilatérale et ablation du plexus hypogastrique inférieur, la disparition d'une anse supplémentaire dilatée. Orban a fait une constatation identique dix semaines après une sympathectomie lombaire (disparition du dolichocôlon). Goinard, après sympathicotomie, a vu à son tour un dolichocôlon diminuer de longueur en six semaines et perdre ses sinuosités. Le même aspect se retrouve sur les radiographies de Merle et Scott. Cela ne doit pas étonner, attendu qu'on ne voit pas pourquoi les fibres longitudinales ne pourraient pas retrouver la possibilité de se contracter après une sympathectomie comme cela se passe pour les fibres circulaires. On en peut conclure avec Leriche que le côlon trop large de la maladie de Hirschprung est aussi un côlon trop long. De même dans beaucoup de dolichocôlons, il existe une augmentation de calibre plus ou moins localisée du cæcum, du transverse, et des angles. En définitive, *dolicho et méga ne seraient qu'une même maladie.* C'est l'opinion de Passler, Wassilaros, Milone, Fédeli, Albrecht, Hunt et Meyer. D'autres arguments en faveur de cette théorie uniciste sont apportés par les cas où l'on voit se succéder chez un même malade dolicho et méga, telle cette petite malade de Leriche où, à quatre ans, une radiographie montra un simple dolicho-sigmoïde, et qui présentait, deux ans après, un méga-sigmoïde. Il semble, dès lors, que le mégacôlon dit « essentiel » ne soit qu'une variété de dolichocôlon, la variété sigmoïdienne, la stagnation des matières imposant une modification tissulaire analogue à celle qu'on observe sur la paroi des estomacs en rétention habituelle, cela aidera enfin à comprendre le mécanisme de ces dystrophies du côlon. En outre, l'association fréquente de ces maladies coliques avec un mégaœsophage, un mégarectum, une méga-vessie (Luna, Lavel, Adaman, Passler, Santy), montre qu'on peut éliminer de la pathogénie du mégacôlon les causes classiques invoquées (malformation congénitale de la paroi, obstacle sphinctérien). Il semble bien que, à l'origine, on puisse admettre un élément commun à tous ces viscères, et celui-ci ne peut être que le sympathique inhibiteur aussi bien des fibres circulaires que des longitudinales.

Sur le choix de l'opération sympathique à faire, il est encore prématuré de donner des indications précises. Toutefois, certaines données semblent acquises. Il est certain qu'il y a, comme le reconnaît Leriche, des mégacôlons qui sont hors de toute thérapeutique par action nerveuse, du fait de l'état général ou du volume énorme de l'intestin. Mais si on ne laisse pas arriver la maladie à ce stade terminal, on verra moins de mégacôlons inopérables. Ce n'est, par suite, qu'aux cas moyens qu'il faudra s'adresser. Pour choisir ceux-ci, et savoir si l'opération sera efficace, nous disposons du test de l'anesthésie sympathique. Celle-ci, à hauteur de L_1, est aussi efficace que la rachi dont nous connaissons bien, nous, ses adeptes, l'action sur la contraction de l'intestin. Ce test, qui n'a cependant pas une valeur absolue, donne une indication utile qui vient s'ajouter aux données cliniques.

Cette neuro-chirurgie colique, née de la ramisection lombaire dans des cas de paralysie intestinale spasmodique, s'est étendue au mégacôlon avec Wade et Royle, Gino Pieri, Leriche, Rankin et Learmonth, avec quelques modifications, et les résultats en ont été satisfaisants.

L'opération admise et décidée, quelle sera-t-elle ? Assurément, toutes celles qui ont été recommandées par les auteurs précédents peuvent être faites, cependant Leriche pense que, à l'heure actuelle, on n'a plus qu'à choisir entre la splanchnicotomie unilatérale et la sympathectomie lombaire bilatérale ; les ramisections, l'ablation du plexus mésentérique inférieur doivent être abandonnées.

Certains chirurgiens ont mis en doute l'effet des opérations sympathiques sur le mégacôlon vrai à longue échéance, parce que, disent-ils, elles n'agissent que sur l'élément fonctionnel et laissent persister la déformation anatomique. Duval dut ainsi faire une colectomie après une sympathicotomie pratiquée par Merle d'Aubigné vingt-deux mois auparavant, les accidents ayant récidivé. A cet échec, qui prouve uniquement l'inefficacité de l'ablation du plexus mésentérique inférieur et du nerf présacré, on peut opposer la pratique de Adson qui, depuis 1928, faisait une opération plus adéquate, l'ablation des deux chaînes lombaires, et celle de Leriche qui, depuis 1935, en a constaté des résultats stables.

Il faut donc envisager la question sous un aspect différent. L'existence de la malformation primitive n'est nullement prouvée. Il est de plus en plus probable qu'il y a à l'origine du mégacôlon une *dyskinésie* avec prédominance de l'action sympathique. Les modifications pariétales ne viendraient qu'ensuite et demeurent longtemps réversibles.

Le mégacôlon apparaît en somme comme un exemple du déséquilibre entre les deux systèmes nerveux antagonistes, à prédominance sympathicotonique, cette hypersympathicotonie peut créer les déformations coli-

ques : 1° par action indirecte sur le sphincter ; 2° par action directe sur le segment atteint, par inhibition du péristaltisme et du tonus. Cette pathogénie nouvelle s'appuie, dit Cuvéreaux, sur les expériences de laboratoire, les faits cliniques, les résultats des opérations sur le sympathique et sur le test inhibant le sympathique. Et c'est parce qu'il en est ainsi, parce que le mégacôlon relève du système nerveux végétatif dans ses lésions comme dans son mécanisme, que l'on peut « non guérir complètement, mais transformer radicalement par des opérations sympathiques appropriées, les mégacôlons type Hirschprung, qui ne sont pas très avancés dans leur évolution » (Leriche). Dans les cas extrêmes, il est évident que la restauration anatomique ne sera plus possible, et qu'il faudra se contenter d'une récupération fonctionnelle améliorée — ce qui est encore très apprécié du malade.

Dans le dolichocôlon non sigmoïdien avec dilatation localisée ou diffuse de l'adulte, les opérations sympathiques amènent, en général, une disparition des douleurs et de la constipation, et souvent aussi une réduction de la longueur intestinale, vérifiée par la radiographie. Goinard a noté les mêmes résultats. Dans des cas bien choisis, on peut assurer la transformation de l'état fonctionnel des mégas et des dolichos. Quant au choix à faire entre l'ablation bilatérale de la chaîne lombaire et la section des splanchniques gauches suivie dans un temps ultérieur de la sympathectomie ganglionnaire de deux, trois, quatre ganglions, cela dépasserait les limites de cette revue générale et nous préférons renvoyer pour cette discussion aux divers articles de Leriche et au livre de Marceau Servelle. Notre propos a été simplement de donner quelques aperçus de cette chirurgie nouvelle dans une affection qui relevait naguère de la seule colectomie, celle-ci ne doit plus être qu'exceptionnelle (de Fourmestraux).

Les tentatives ne se sont pas bornées au méga-dolichocôlon ; on a appliqué ces diverses interventions à la *stase, à la constipation par atonie*, en dehors de tout processus inflammatoire. On rééduque ainsi l'intestin par action sur le tonus des fibres musculaires.

Quand la constipation est d'ordre statique par hypotonie sans obstacle pariétal, si on infiltre la chaîne lombaire et le splanchnique, le résultat, affirme de Fourmestraux, sera excellent. On constatera en effet sous écran l'évacuation du côlon dans une anse sigmoïde « complaisante et qui change d'aspect, tandis que peu à peu la baryte s'accumule dans le rectum. Dans un cas de maladie de Little, la constipation rebelle disparut après interruption des connexions sympathiques lombaires (Royle et Wade).

Aux dolichomégacôlons, il faut rattacher les *mégacœcum* (appelés habituellement *typhlatonie, stase cœcal*), car ils ont pour symptômes les crises douloureuses iliaques droites, avec irradiation lombaire, qu'on finit par opérer pour « appendicite chronique ». Dans cinq cas de ce genre, Servelle a obtenu de bons résultats cliniques et une amélioration radiologique (réapparition des bosselures normales à la place de l'aspect lisse, atone des bords de l'intestin).

Comme pour le mégacôlon, on fait d'abord une radioscopie sans préparation, puis un lavement baryté suivi de radiographie renouvelée vingt minutes plus tard, après quoi on procède à l'infiltration. Une radioscopie et une radiographie sont faites immédiatement, et on les répète au bout de dix et de vingt minutes. On a pu ainsi constater qu'un certain nombre d'adultes avaient des côlons trop longs, dilatés et atones, jusqu'au moment où l'anesthésie splanchnique est venue libérer l'influence para-sympathique de l'hypertonie. Alors, presque aussitôt, l'intestin s'est contracté, changeant de volume, de forme et de longueur et l'expulsion a suivi peu après. Savy, Garin, Mallet-Guy ont pu faire, de la sorte, les mêmes constatations signalées par Souza-Pereiro.

Parfois Leriche a coupé ultérieurement le splanchnique, mais les résultats manquent encore, dit-il, du recul du temps ; cependant, les résultats immédiats ont été satisfaisants. C'est encore une nouvelle preuve de l'importance *initiale* des perturbations neuro-végétatives dans le déclenchement des troubles digestifs.

Enfin, l'infiltration lombaire a été essayée dans les *colites spasmodiques*. Bien qu'il paraisse *à priori* paradoxal de vouloir traiter des maladies du spasme comme celles de la dilatation, c'est cependant un fait d'observation que le spasme colique a cédé rapidement à l'anesthésie sympathique. C'est en 1939 que Leriche a fait connaître ses premiers résultats. Depuis lors, il a eu l'occasion de faire de nouveaux essais et il déclare que, même dans des cas anciens, si le résultat s'est montré incomplet, parce que transitoire, il n'a jamais été indifférent ou nul. Tous les cinq ou six mois, les malades revenaient se faire infiltrer deux ou trois jours de suite. « Peu importe l'explication, assure-t-il, il y a des faits, et c'est ce qui compte ». La méthode en elle-même est sans danger, et doit être conseillée chez ces malades dont l'existence est une plainte perpétuelle.

Ce qui se dégage de cet exposé, c'est qu'il est possible de corriger les déséquilibres de l'innervation viscérale par l'infiltration anesthésique du splanchnique, facile et sans danger ou par sa section, de technique plus délicate il est vrai, mais réalisable avec attention. Dolichocôlon, mégacôlon, constipation par stase, colites spasmodiques trouvent ainsi des indications logiques dans cette chirurgie nouvelle qui s'inspire de l'importance des perturbations végétatives même dans les affections les plus typiquement fonctionnelles.

C'est contre celles-là qu'il faut diriger notre action thérapeutique car « au stade de maturité où se trouve l'intelligence médicale, on peut sans danger se rendre compte qu'il y a des cas où le trouble fonctionnel *crée par lui seul la lésion*, et que celle-ci, en certaines circonstances, n'est plus, pourrait-on dire, qu'un témoin contingent ». (Leriche.)

BIBLIOGRAPHIE

LERICHE : *Lyon Médical* 1935, *Presse Médicale* 22 déc. 1937, *Progrès Médical* 7 janvier 1939, 6 janvier 1940, 23 février 1942, 24 avril 1942, 10 avril 1942, *Presse Médicale* 22 mars 1940, 28 janvier 1941, 5 février 1941.

CUVEREAUX (*Thèse* de Lyon 1941).

SEILLE (*Thèse* de Paris 1929).

GOINARD, Acad. de Chir. 1936 et 1938.

GUILLAUME, *Arch. des mal. de l'app. dig.* 1936.

GAUTIER, *Arch. des mal. de l'app. dig.* 1935.

ADSON, *Surg. gyn. and. obst.* 1937.

BOCCA, *Arch. méd.* Lyon 1938.

BREHANT, Thèse de Paris 1937.

GATELLIER et MERLE D'AUBIGNÉ, *Ann. des mal. de l'app. dig.* 1935.

LERICHE et FONTAINE, *Presse Méd.* 10 nov. 1935 et 12 mars 1940.

LERICHE, FONTAINE, HANOT, *Lyon Chirurg.* 1936.

LERICHE et FONTAINE, *Rev. de Chir.* 1938.

LERICHE et JUNG, *Soc. de Péd.* mars 1938.

LERICHE, KUNLIN et FROELICH, Progrès Méd. 7 janvier 1939.

PIERI, *Presse Méd.* 1927.

MALLET-GUY, EPARVIER, MARION, *Soc. de Chir.* Lyon 1941.

Marceau SERVELLE, *La Chirurgie du splanchnique*, 1 vol., Maloine, édit. 1942 (bibliographie et planches).

CHIRAY, MOLLARD et MARCHAS (*Acad. de Méd.* 2 mars 1943).

Mme MAZET-RAMADIER, *Thèse* de Strasbourg (Clermont) 1943.

DE FOURMESTRAUX, *Concours Médical* 11 déc. 1943.

G. DURAND, *Année Méd. prat.* 1943, p. 164.

A. PLICHET, *Presse Méd.* 31 janv. 1942.

HILLEMAND, Ch. DURAND et NALPAS, *Presse Méd.* 25 juillet 1942 (le mégacôlon fonctionnel).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

2 Février :

M. RABOUOT. — Du traitement et des résultats obtenus par les sulfamides dans les méningites à pneumocoques.

M. LE BOURGET. — Des eaux thermales d'Aix-en-Provence. Leur action diurétique.

M. LALEOUSE. — Conditions d'hygiène du travail dans les industries de l'apprêt et du lustrage des fourrures d'imitation.

16 Février :

M. DOUSSOT. — Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941-1942-1943.

M. ZABOROWSKI. — Séquelles psychiques des traumatismes craniens de l'enfance.

17 Février :

M. PAYENNEVILLE. — Les mélanoblastoses neuro-cutanées.

M. BRUN. — Grossesses triples.

M. RESTOUX. — Analyse de 50 observations de tuberculose pulmonaire survenant chez les frères et sœurs.

23 Février :

M. OUVRIER. — Les virus poliomyélitiques. Etat actuel de la question.

M. DECREUSE. — Considérations sur le syndrome de Stokes-Adams.

Mlle VIGUIER. — Une réalisation médico-sociale dans l'industrie du papier et du carton.

24 Février :

M. ISSAD. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs nord-africains en France.

M. TALPAERT. — Statistiques démographiques et tables de qualification.

M. QUINQUETON. — Essai d'épuration des eaux de puits par le bactériophage.

1er Mars :

M. MOREAU. — A propos d'un cas d'état infectieux prolongé avec embolies chez une mitrale ayant débuté par une hémorragie méningée et terminé par la guérison apparente.

M. LE MOAL. — Suicide, chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent.

Mlle HAYOT. — A propos des indications opératoires au cours des avortements compliqués.

THESES VETERINAIRES

17 Février :

M. CASTRES. — La colibacillose du veau.

M. CARDIN. — La coquille Saint-Jacques. — Biologie, pêche, utilisation.

M. BILLON. — Tuberculose de la chèvre.

MÉNINGITES SYPHILITIQUES AIGUËS ET STASE PAPILLAIRE

par J. de Ajuriaguerra, Mme G. Leroy et Mlle G. Fossier.

Les méningites syphilitiques aiguës sont rares, surtout si, avec Guillain, on ne considère comme méningite syphilitique aiguë les « malades présentant des signes cliniques d'une méningite infectieuse aiguë dont la nature est reconnue syphilitique par l'examen du liquide céphalo-rachidien ».

L'observation que nous rapportons ici individualise une forme pseudo-tumorale de la méningite syphilitique aiguë que nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Henri Rousselle.

Mme B..., âgée de vingt-deux ans et demi, nous est envoyée à l'Hôpital Henri Rousselle (médecin directeur : Dr Genil Perrin), avec le diagnostic de tumeur cérébrale probable, le 6 mai 1943. Dans les antécédents personnels, nous ne trouvons pas de faits importants à signaler. Née à terme, le développement s'est fait normalement ; on ne trouve, au point de vue pathologique, aucune maladie importante dans l'enfance et en particulier pas de convulsion. Scolarité normale. Mariée à dix-neuf ans et demi, a une petite fille de un an et demi bien portante. Notons qu'on ne relève pas dans les antécédents de la malade d'accidents syphilitiques primaires et qu'on a noté ni roséole, ni plaques muqueuses. Le mari de la malade présente des réactions négatives dans le sang (BW Meinicke et Kahn). Dans les antécédents familiaux, on relève que le père est mort de phlébite, la mère est vivante et bien portante. Elle a un frère bien portant.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Les premiers troubles remontent à trois mois et se caractérisent par un amaigrissement progressif (5 kilos en un mois), de l'asthénie avec fatigabilité rapide, inertie avec perte progressive de toute activité dans le ménage. Elle aurait présenté à cette époque des troubles de la vue mal définis.

Depuis trois semaines apparaît une symptomatologie aiguë caractérisée par une céphalée intense avec algies sus-orbitaires prévalents, des vomissements presque quotidiens, des sensations vertigineuses et diplopie. Elle aurait présenté un ictus probable avec hémiparésie droite, hémianesthésie et troubles de la parole d'une durée d'une demi-heure à une heure environ. Cet ictus n'aurait laissé aucune trace : en effet, un examen effectué à cette époque n'aurait montré ni troubles de la sensibilié, ni troubles des réflexes. Progressivement, la céphalée devient plus violente, l'inhibition psychique avec tristesse et indifférence devient plus marquée. (Notons que, depuis quelques mois, la malade se serait plainte de troubles mnésiques et que des troubles du caractère, irritabilité en particulier, avaient déjà été remarqués par le mari.)

Les troubles oculaires s'aggravent, la photophobie apparaît. En présence de cette symptomatologie, le médecin traitant demande un examen oculaire qui montre une diplopie au verre rouge, stase papillaire bilatérale, mais plus marquée à gauche, champs visuels normaux. A la suite de cet examen, le diagnostic de tumeur cérébrale est porté et la malade est envoyée à l'Hôpital Henri Rousselle, en vue de confirmation du diagnostic. A son entrée, la malade se présente comme une confuse obnubilée. Somnolente, indifférente et inconsciente de ses troubles. Pas d'anxiété, ni d'onirisme. Elle paraît fatiguée, adynamique. La température oscille entre 37°5 et 38° : elle se plaint de céphalée et de rachialgie modérée. Les vomissements ont cessé. L'examen montre un signe de Kernig et un signe de la nuque nets. Les réflexes ostéo-tendineux sont égaux et paraissent normaux comme amplitude. La force musculaire est égale des deux côtés. La réflexe cutané plantaire se fait en extension à droite. L'Oppenheim et le Rossolimo sont positifs à gauche. Dans la manœuvre de la jambe de Barré, la chute est plus marquée et plus rapide à droite qu'à gauche. L'hyperextensibilité du quadriceps droit est manifestée. La sensibilité est normale, tact, piqûre, sensibilité profonde, chaleur, sens des positions, stéréognosie. Pas d'hyperesthésie. Asymétrie faciale légère, mais pas de différence nette par les manœuvres de Foix et du peaucier du cou qui restent égaux des deux côtés. Les autres nerfs craniens sont normaux. La gustation et l'olfaction sont normales. Dysmétrie légère à droite dans la manœuvre de la main sur l'oreille. Tremblement de la langue. Il n'existe ni troubles praxiques, ni gnosiques. Pas de troubles nets de la parole, sauf la lenteur allant de pair avec le ralentissement psychique.

L'examen sérologique nous montre le 8 mai 1943 : BW + Meinicke + Kahn ++++ ; la ponction lombaire : tension 15 (position couchée), 25 après compression des jugulaires ; albumine, 2 gr. ; Pandy +++, Weichbrodt + ; leucocytes 442 ; Meinicke négatif ; BW + réaction du benjoin, 11.100 — 22.022 — 22.222 ; amicrobie apparente ; pas de BK. L'examen du culot de centrifugation montre 90 %, lymphocytes et quelques polynucléaires.

L'examen oculaire (10-5-43, Dr Lagarde) montre les pupilles normales. Réflexe photomoteur normal des deux côtés. Réaction pupillaire à l'accommodation et à la convergence normale. Acuité visuelle 10/10 des deux côtés. Champ visuel normal. Stase papillaire très prononcée de l'œil droit. Léger œdème nasal papillaire gauche. Les urines sont normales.

L'urée sanguine est à 0,25.

Un traitement énergique et mixte par le cyanure et le novarsenobenzol est commencé.

Après la ponction lombaire, l'état s'aggrave. La malade est plus fatiguée, plus désorientée, plus somnolente et devient gâteuse. La température oscille autour de 38°. Cette hyperthermie apparaît d'origine méningée (l'examen bactériologique des urines étant négatif, l'examen radiologique montrant une image thoracique normale).

Les céphalées disparaissent progressivement et le 20 mai 1943 disparaissent le S. de Kernig et de la nuque. Par contre, l'obnubilation et le gâtisme persistent. Une P. L. faite le 22 mai 1943 montre : tension 55 (position assise) ; albumine, 2 gr.; leucocytes 516 ; Pandy + Weichbrodt + Meinicke + BW +; réaction du benjoin 22.210 — 12.222 — 22.100.

Le 24 mai 1943, à la suite d'un épisode pleuro-pulmonaire, la température s'élève à 39°5 - 40°. Traité par les sulfamides, cet épisode est de courte durée, mais l'état confusionnel s'aggrave et s'accompagne d'onirisme avec anxiété marquée.

La malade demande des nouvelles de ses enfants alors qu'elle n'en a qu'un ; elle croit entendre la voix de son mari qui l'appelle et vient la chercher ; elle demande à sortir, prépare ses affaires pour partir et tient des propos incohérents en apparence mais qui répondent en réalité à un délire flou à base onirique. La parole est lente. Cet état dure une dizaine de jours environ et il n'apparaît au cours de cette période aucun trouble neurologique nouveau.

Un examen oculaire fait le 4 juin 1943 montre une amélioration nette de la stase papillaire, surtout du côté temporal de la papille gauche. Le 4 juin 1943 apparaît une phlébite de la jambe droite. La température, qui s'élève à 39°, descend ensuite progressivement en une huitaine de jours et redevient normale à la suite de cette époque.

Une nouvelle P. L. faite le 18 juin 1943 montre : tension 40, albumine 0,60, leucocytes 10,4. Pandy +, Weichbrodt 0, Meinicke, négatif; BW, partiellement positif ; benjoin 00.000 — 02.222 — 10.000. Réactions sérologiques BW, partiellement positif ; Meinicke +, Kahn +++. Un examen du fond de l'œil fait le 21 juin 1943 révèle : OD, grosse amélioration ; il persiste un léger flou dans la partie supéro-interne de la papille, le reste apparaissant normal. OG, papille sensiblement normale. A partir de cette époque, l'amélioration de l'état mental est rapide, la malade commence à lire et à écrire à sa famille, répond normalement à l'interrogatoire, quoiqu'on observe quelques lacunes dans le récit de la maladie, l'indifférence disparaît ainsi que l'inaffectivité.

La stase papillaire disparaît des deux côtés (5-7-43), confirmée le 10-7-43. Une nouvelle ponction montre le 17 juillet 1943 : albumine 0,50, leucocytes 6, Pandy 0, Weichbrodt 0, Meinicke partiellement négatif, BW partiellement positif, benjoin 00.000 — 02.222 — 10.000 ; sérologie BW négatif, Meinicke +, Kahn +++.

L'examen neurologique fait avant la sortie nous a montré : hyperréflectivité, ostéo-tendineuse bilatérale. Hyperextensibilité du poignet à droite. Force musculaire normale. Cutanée plantaire en flexion bilatérale. Cutanée abdominaux abolis, aucun trouble sensitif, ni troubles ataxiques, ni Romberg, ni troubles de la parole, ni tremblement même fibrillaire. Pupilles normales. D'après le mari, le psychisme est redevenu ce qu'il était antérieurement. Nous notons cependant une hyperémotivité avec larmes faciles. Par l'examen des tests, des troubles de l'indice de fixation et de reconnaissance mnésique. Une lenteur aux épreuves de barrage. Une attention légèrement dispersée.

***

Aussi notre observation fait état de l'apparition d'un syndrome tumoral chez une femme jeune dont la syphilis était restée méconnue. Après une phase de troubles prodromiques peu évocateurs d'une durée de deux mois environ, on observe l'installation rapide d'un syndrome tumoral marqué par un ictus transitoire et surtout par des signes d'hypertension intracranienne (céphalée intense, vomissements, vertiges). Stase papillaire persistante. L'existence d'un état confusionnel associé à des signes cliniques nets de réaction méningée et d'un état subfébrile, l'absence de signes de localisation nous oriente vers l'hypothèse d'une origine méningée aiguë de nature indéterminée. La ponction lombaire devait nous donner la clé du diagnostic, en nous montrant un liquide de méningite aiguë (forte lymphocytose et hyperalbuminose, benjoin floculant dans la zone méningitique) et dans lequel les réactions syphilitiques étaient fortement positives. L'absence de signes cutanés de syphilis récente primaire, ou secondaire, l'absence de stigmates d'hérédo-syphilis, l'absence également de signes de syphilis chez le conjoint permettent de penser que cet état de syphilis aiguë méningée n'est que la première manifestation clinique de cette neuro-syphilis.

Les observations de méningites syphilitiques aiguës sont assez rares si l'on en juge le peu d'observations publiées.

Leur aspect clinique a été parfaitement décrit par les premiers auteurs et on trouve de belles descriptions de Widal et Le Sourd (1902), de Sicard et Roussy (1904), Boidin et P. Weill (1907), Mollard et Dufourt (1911), Jeanselme (1912). Plus près de nous : Nonne (1921), Faure Beaulieu (1925), Merrit et Moore (1935), Trabucci (1938). Récemment : Gullain et Piton (1941), Monnier Vinard (1942), Hecaen (1942) ont à nouveau attiré l'attention sur cette question.

Généralement, on oberve une longue période de troubles mal définis (asthénie, lassitude, troubles du caractère) avec céphalée prédominante plus marquée la nuit. Puis s'installent les symptômes méningés aigus analogues à ceux observés dans la méningite tuberculeuse. Souvent évidents, ils demandent parfois à être recherchés plus méthodiquement. Raideur de la nuque, S. de Kernig, etc., mais, en règle générale, le trépied méningétique existe au complet. L'existence d'une fièvre légère n'est pas constante, pourtant une fièvre à 38° - 38°5 est courante et Schaeffer a même signalé une forme à type pseudo-palustre.

En ce qui concerne le psychisme, il est, en général, peu touché, quoique un certain degré d'obnubilation, de confusion mentale ou de délire onirique flou puisse exister. On a même publié un cas se présentant au début comme une démence précoce (Faure Beaulieu).

Merrit et Moore groupent le symptôme en trois syndromes :

1° Le syndrome d'hydrocéphalie syphilitique aiguë avec céphalée, nausées, syncopes, stase papillaire et signes méningés (raideur Kernig) relevant d'une méningite aiguë de la fosse postérieure ;

2° Le syndrome méningé aigu de la convexité caractérisé par des signes corticaux (hémiparesies, aphasies, convulsions, crises généralisées et crise BJ, absences) ;

3° Le syndrome méningé basilaire où domine l'atteinte des nerfs craniens. Sur 195 cas relevés dans la littérature, Merrit et Moore trouvent en premier lieu l'atteinte de la VIIIe paire; puis, dans un ordre de fréquence décroissant : VII, III, IV, VI.

On peut observer d'autres symptomes associés, tels que l'herpès à répétitions (A. Thomas et Laflotte).

La sérologie sanguine est positive dans 60 % des cas (Merrit et Moore).

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une tension souvent normale, 10 à 15 cm., jusqu'à 70 cm. aux manomètres de Claude, en position couchée. Quelquefois le liquide est hypertendu. L'albuminorachie, toujours très élevée, oscille autour de 0 fr. 50 à 1 gr. et plus.

L'examen cytologique révèle une augmentation considérable des cellules : les chiffres moyens sont de 50 à 100 éléments par millimètre cube. Mikulowski, par les méthodes de coloration vitale, admet comme caractéristique de la méningite syphilitique aiguë la vitalité cellulaire et le polymorphisme cytologique, la prédominance lymphocytano et plasmatique.

Les réactions de BW, de Pandy, de Weichbrodt sont, en général, très positives (90 % cm.). Les réactions de floculation et notamment le benjoin colloïdal sont toujours modifiées. Tantôt la floculation se fait dans les premiers tubes : types paralytique (cas de Guillain et Piton), qui ne préjuge en rien de l'évolution ultérieure vers une PG, tantôt dans la zone méningitique. Les ponctions lombaires pratiquées ultérieurcment permettent de suivre les modifications du liquide céphalo-rachidien dont la cytologie s'améliore, tandis que se négativent les réactions syphilitiques, nous préciserons ces notions en parlant du traitement.

L'examen oculaire fait au début montre outre l'existence de paralysie de la musculation extrinsèque, IIIe paire, VIe, IVe paire des altérations cornéennes (kératite interstieielle) (Guillain).

L'abolition du réflexe pupillaire n'a été trouvée que dans quelques cas seulement (trois selon Merrit et Morre), mais c'est un des signes les plus précoces d'installation de syphilis nerveuse ultérieure (dix ans après l'apparition de la méningite aiguë dans un cas de Merrit et Moore).

L'existence d'une névrite optique résulte le plus souvent d'une atteinte inflammatoire de la gaine méningée du nerf optique et se traduit par une diminution de l'acuité visuelle et surtout par une stase papillaire.

La stase papillaire nous a, en effet, paru extrêmement importantc signalée par Trabucci, Merrit et Morre ; elle a fait l'objet d'un récent travail de MM. Hartmann David et Guillaumot.

Souvent d'installation précoce, elle est rapidement considérable et s'accompagne de suffusions hémorragiques et d'exsudats maculaires ; la saillie papillaire atteignait huit dioptries. Dans notre cas, elle était tellement considérable qu'elle fit pencher le diagnosic vers l'hypothèse d'une tumeur cérébrale.

L'origine de la stase papillaire est vraisemblablement multiple. Il est probable que tous les mécanismes de production peuvent se voir. Nous avons signalé les lésions inflammatoires méningée de la gaine du nerf optique répondant à une méningite syphilitique localisée. Mais, le plus souvent, le processus méningé est diffus et, avec Barthélemy et plus récemment Monnier Vinard, Brunel et Offret, la pie-mérite se caractérise par une inflammation aiguë diffusc avec vascularisation exagérée, exsudat gélatinoforme, ct au microscope un infiltrat lymphocytaire périvasculaire tout à fait caractéristique dans lesquels le tréponème cst facilement retrouvé.

Merrit et Moore parlent d'hydrocéphalie aiguë par arachnoïdite.

La pathogénie de la stase papillaire dans le cas n° 3 de Hartmann David était liée, d'après les auteurs, à l'œdème cérébral avec encéphalite, pouvant avoir la même originc que dans certaines encéphalitcs subaiguës de cause indéterminée, « gros cerveau lourd à petits ventricules de Cl. Vincent, David et Puech ».

Selon ces mêmes auteurs, la stase papillaire, d'ailleurs plus fréquente dans les processus syphilitiques méningés chroniques peut être due à une arachnoïdité localisée, opotochiasmatique, par exemple. D'ailleurs, tous ces mécanismes ont été décrits dans la production de la stase papillaire de l'encéphalite épidémique (Winther) et dans la méningite tuberculeuse.

Le traitcment de la méningite syphilitique aiguë domine l'évolution de l'affection. Il doit être établi aussi précocement que possible et s'adresser en premier lieu à l'infection syphilitique.

Les arsenicaux trivalents seront administrés avec prudence, mais les doses seront celles d'un traitement d'attaque. L'association du traitement mercuriel et bismuthique, soit simultanément, soit par la technique des cures alternées.

Certains auteurs (Trabucci) préconisent la bismuthothérapie intrarachidienne, selon la technique de Riviero.

En général, les signes méningés cliniques cèdent rapidement, l'état s'améliore, les troubles oculaires disparaissent et notamment la stase diminue, mais moins vite (un mois après son début dans notre cas, trois à quatre mois dans l'observation III de David).

Le L.C.R. voit l'hypercytose diminuer, l'albuminorachie aussi, les réactions syphilitiques restent encore positives.

La question de la malariathérapie s'est posée notamment pour Guillain, en raison de la persistance de la floculation du benjoin de type paralytique et de la positivité des réactions syphilitiques. A notre connaissance, elle n'a été pratiquée que par Faure Beaulieu, pour un cas récent ayant évolué vers un syndrome de PG.

Traitée précocement, la guérison complète s'observe dans 86 % des cas (Trabucci). Cet auteur note, par ailleurs, 5 % d'évolution vers le PG et 8% vers divers autres types de neuro-syphilis.

Mal ou insuffisamment traitée, les statistiques donnent 34 % de guérison, 12 % d'évolution vers le tabes, 15 % vers la PG, 37 % vers les autres types de neuro-syphilis.

Récemment, MM. Hartmann David et Guillaumot ont émis l'opinion que l'intervention neuro-chirurgicale serait justifiée « lorsque l'importance de la stase papillaire ou de la baisse visuelle ferait craindre qu'une atrophie optique ne s'installe avant que le traitement antisyphilitique ait eu le temps d'agir ». Il semble que le traitement antisyphilitique agisse beaucoup mieux après une simple trépanation compressive.

Nous ne croyons pas qu'il soit à conseiller de prendre une telle décision devant des cas aigus comme le nôtre. Un traitement antisyphilitique bien conduit associé des P.L. répétées peut amener une guérison complète.

Toutefois, ces malades doivent être surveillés longtemps du point de vue sérologique et liquidien, afin qu'une interruption trop précoce du traitement ne vienne pas favoriser l'installation d'une PG, comme le cas a été signalé à plusieurs reprises.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 24 JANVIER 1944

Traitement de la syphilis par des dérivés de la phényldichlorarsine. — M. MOUNEYRAT a découvert que l'Arsénoxy naissant, obtenu par dissolution de la dichlorarsine dans une solution aqueuse bicarbonatée sodique, est toléré à des doses deux fois et demie plus élevées que le même arsénoxy préparé d'avance. Il a employé la dichlorarsine 4000 M, correspondant à l'acide para-oxy-méta-aminophénylarsinique, à la dose maxima de 4 mgr. 5 par kilo et par injection intraveineuse.

On commence par une injection de 10 centigrammes et l'on augmente rapidement les doses de 2 en 2 centigrammes ; les piqûres sont faites tous les jours ou tous les deux jours. Ayant atteint la dose maxima, on la répète tous les deux jours, jusqu'à un total de 15 injections, soit en tout 2 gr. 80 à 3 gr. 20 de 4000 M.

Le 4000 M. est plus actif que les Arsénobenzols ; il n'a causé aucun accident, ni crise nitritoïde, ni érythrodermie, ni aucun trouble grave quelconque. Les malades soumis au traitement augmentent de poids.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1944.

Le cinquantenaire de la sérothérapie andidiphtérique. — M. RAMON. — En février 1894, à l'hôpital des Enfants-Malades, Emile Roux, Louis Martin et Chaillou commençaient à traiter des diphtériques par le sérum ; au Congrès de Budapest, quelques mois plus tard, en septembre 1894, ils présentaient des résultats probants. Depuis lors, la valeur du sérum ne s'est pas démentie, mais, en France surtout, on n'a cessé de chercher à renforcer sa puissance et améliorer ses effets.

Par divers moyens on a préparé des sérums antimicrobiens qui n'ont pas mérité la préférence, et tous sont actuellement d'accord pour attribuer à la seule antitoxine, à son taux et à sa valeur qualitative les succès de la méthode.

Diverscs circonstances ont pu, à certains moments, faire craindre aux praticiens un affaiblissement du sérum ; cn tous pays il s'en est suivi une outrance posologique, néfaste dans son ensemble. En réalité, les doses du passé ne sont pas hors de rapport avec les besoins du présent ; il faut avant tout frapper tôt et fort et ne pas s'attarder à des injections indéfiniment répétées qui, à l'heure présente, sont une prodigalité répréhensible. 15.000 à 50.000 unités données au début et en une fois semblent, à l'heure actuelle, une dose à la fois efficace et suffisamment adaptable à chaque cas pour constituer le traitement-type et efficace, mais qui ne saurait évidemment supprimer les dégâts antérieurement faits.

Contre la diphtérie malignc, une arme reste, la vaccination. De plus, la séroanatoxithérapie renforce l'action du sérum et soude l'immunité passive immédiate à l'immunité active en développement.

Depuis cinquante ans, le sérum a abaissé la mortalité de 50 % à un taux qui varie selon les périodes entre 12 ct même 5 %. La vaccination, de son côté, agit et agira plus encore sur la morbidité. Prévention et guérison d'un mal redoutable sont, depuis cinquante ans, l'honneur de la science française.

Mortalité générale comparée des enfants vaccinés ou non vaccinés au B. C. G. au cours de onze années (1932-1942) (Société de Secours Mutuels de la Concession de Liévin). — M. LECOUTRE (présenté par M. GUÉRIN). — Durant ces onze années ont eu lieu 6.474 naissances, l'étude ne concerne que 6.289 enfants âgés de 30 jours à 1 an, les morts avant 1 mois étant défalqués. 2.794 ont reçu le B. C. G. sur la demande des parents et avec consentement du médecin jugeant de leur bon état

de vitalité. 3.495 n'ont pas été vaccinés. La mortalité générale à la fin de la première année s'est élevée à 191 chez les vaccinés, 384 chez les autres (68,5 et 109,5 o/oo), soit une différence de 60 %.

Les chiffres, après la onzième année, sont de 254 décès chez les vaccinés, 96 chez les autres (91 et 141,5 o/oo), soit une différence de 55,5 %.

Méthode pratique, clinicoanthropométrique, d'évaluation chiffrée des grands segments bio-typologiques du corps humain. — M. Verdun (du Centre d'orientation professionnelle de Clermont-Ferrand). — La mensuration dans les trois dimensions des grands segments bio-typologiques de Sigaud et Mac Auliffe, au niveau de la tête, du tronc et des membres permet d'évaluer leur dévelopement relatif par rapport au volume total du corps.

Grâce à des notations chiffrées, on peut ainsi contrôler les notations descriptives habituellement employées jusqu'ici et étudier objectivement les corrélations somatopsychiques.

Le praticien pourra, par cette méthode, contribuer à la solution de problèmes d'orientation professionnelle, de sélection des cadres et en clinique pédiatrique, psychiatrique et endocrinologique recueillir des notions précieuses.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1944.

Nécrologie. — M. le Président fait part du décès de M. Chavannaz (de Bordeaux) correspondant national dans la section de Chirurgie.

Rapport. — M. Brocq-Rousaeu (au nom de la Commission des termes) sur une demande d'autorisation.

Le Contrôle phtisiologique des externes et internes des Hôpitaux de Paris. — M. Rist. — Bien que parmi les plus exposés à la tuberculose, les internes et externes ont longtemps été parmi les moins protégés médicalement et socialement.

Depuis plusieurs années l'Assistance Publique a, spontanément, organisé l'aide médicale et administrative systématique ; depuis 1937 les mesures de contrôle, de dépistage, de protection et de traitement sont devenues encore plus précises et plus efficaces.

Dès sa nomination chaque externe nouvellement promu est dirigé sur la consultation réservée au personnel où le médecin chargé du service l'attend, déjà muni d'un cliché radiographique pris les jours précédents. L'élève est interrogé sur sa santé présente et passée, ses antécédents, son genre de vie et son milieu habituel. La cuti-réaction est pratiquée dans les meilleures conditions, si le virage antérieur de celle-ci n'est pas connu de façon précise, et renouvelée si nécessaire. La grande majorité des sujets est indemne mais on dépiste un nombre appréciable de formes latentes qu'on peut traiter dès avant manifestation. Les suspects sont maintenus en surveillance, on recherche les bacilles, on prend ensuite toutes dispositions pour une éventuelle cure sanatoriale ; les sanatoriums d'étudiants dont l'aide est précieuse contribuent à maintenir le contact avec le médecin de l'administration dont les visites sont fréquentes et dont, après guérison, l'avis favorable est nécessaire à l'entrée ou au retour en service.

Le contrôle continue à s'exercer sur les sujets sains, toute demande de congé prolongé étant soumise au contrôle médical préalable.

Les internes bénéficient de la même surveillance continuée.

En plus de leur importance pratique, ces dispositions ont un intérêt nosologique général évident quant à l'étude physiologique dans des conditions d'âge, de profession, de risque et de variation bien délimitées.

Sur deux intoxications collectives par l'ervilier. — M. Valdiguié (présenté par M. Le Noir). — Dans deux collectivités importantes (35 personnes au moins) des accidents toxiques sont survenus chez des sujets ayant absorbé des « lentillons » (alias ers, ou ervilier, plante de la famille des viciées, légumineuses) graines confondues avec d'autres succédanés inoffensifs de la lentille vraie. Seuls les sujets en ayant ingéré ont été atteints. De 7 à 20 heures après le repas toxique apparaissent des douleurs abdominales, parfois assez intenses pour nécessiter la morphine, des vomissements, une céphalée violente, du collapsus. Les jours qui suivent : céphalée, constipation, sialorrhée, subictère.

Un caractère particulier est la lenteur de la convalescence et l'apparition d'une asthénie profonde et durable, physique et même intellectuelle.

La toxicité de cette graine, dont aucune observation chez l'homme ne semble avoir encore été citée, existe pour certains animaux, le porc en particulier, et est bien connue dans certaines régions du Midi. De nombreuses espèces animales l'ingèrent sans inconvénient.

Les accidents semblent apparentés à ceux qu'occasionnent les fèves et favorisés par une diminution de la résistance organique.

Le prototype humain. — M. F. Pasteur. — Etude morphologique du prototype du genre humain dont toutes les proportions numériquement définies, unifiées en une synthèse générale, constituent une sorte de modèle architectural de toutes les dimensions interdépendantes des segments naturels du corps d'un homme moyen normal. Cet ordre de grandeur est basé scientifiquement sur le canon humain, qui, d'après les démonstrations antérieures de l'auteur, est égal au tiers de la hauteur de la tête.

Election. — MM. Papin (de Bordeaux) et Lepoutre (de Lille) sont élus correspondants nationaux dans la section de chirurgie en remplacement de MM. Estor (de Montpellier) et Lambret (de Lille) décédés.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 26 JANVIER 1944.

Guérison d'un osteosarcome datant de dix ans après traitement conservateur. — M. Baillat. M. Huet, rapporteur.

Ulcère meckelien perforé chez un sujet de 24 ans. — M. Benoist. M. Patel, rapporteur.

Deux cas de staphylococcie maligne de la face. — M. Terracol et Fabre. M. Truffert, rapporteur.

Contusion rénale grave avec hématuries en trois temps. Néphrectomie au 52e jour. — MM. Badelon et Le Bourrhis. M. Fey, rapporteur.

Commentaires sur 75 observations d'ulcères perforés gastriques ou duodénaux traités à Paris depuis 1940 par gastrectomie. — M. Mialaret discute des conditions de la gastrectomie d'urgence ; il insiste sur l'importance de la préparation à l'anesthésie, sur les modalités techniques de l'intervention. Il précise les indications de cette méthode de traitement.

M. Gueulette estime qu'on peut toujours suturer un ulcère perforé.

M. Ameline considère que les suites éloignées des sutures sont difficiles.

M. Mouchet est d'un avis opposé.

MM. Basset, R. Bernard, Rouhier, Meillère, Brocq prennent part à la discussion.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1944.

A propos de la gastrectomie d'urgence dans les perforations ulcéreuses de l'estomac. — MM. Ameline, Gueulette.

A propos du traitement des staphylococcies malignes de la face. — M. Mialaret.

Lambeaux doublures par greffes dermo-épidermiques dans le traitement des mutilations de la face. — M. Virenque. M. Sauvé, rapporteur.

Essai d'une nouvelle chimiothérapeutique dans le cancer de la prostate. Son action sur la douleur. — M. Botelho. Rapport de M. Gouverneur.

Résultats éloignés d'épididymectomies par voie inguinale pour tuberculose. — MM. Richard et Devimeux affirment la supériorité de cette voie en se basant sur 84 observations.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1944.

Dérivation interne par anastomose grêle-transverse à la 127e heure d'une perforation duodénale. — M. Morel. M. J. Quenu, rapporteur.

Tumeur associée de la granulosa et de la thèque de l'ovaire. — MM. Ducuing, Guilhem, Grimond. Rapport de M. Moulonguet.

Paraparésie cypho-scoliotique traitée par laminectomie et plastie de la dure-mère. — MM. Barré, Coste et Sicard discutent la pathogénie de ces troubles nerveux.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — M. Brocq montre que l'entérectomie large sans anesthésie locale reste le traitement de choix des gangrènes intestinales. Dans les phlegmons herniaires, il faut rétablir la continuité intestinale en dehors de l'incision du sac, et par une voie d'abord spéciale.

Gastrectomie pour exclusion. — M. Gueulette défend la valeur de cette opération qu'il a effectuée 23 fois avec d'excellents résultats.

M. Banzet estime que les indications de la gastrectomie pour exclusion sont rares : ulcères du duodénum très à droite ou très adhérent au pancréas.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 28 JANVIER 1944.

Hémorragie méningée récidivante avec hypoprothrombinémie : M. Rossier. — Enfant ayant présenté une hémorragie méningée. La constatation et les modifications de l'hypoprothrombinémie sous l'influence de la vitamine K permettent d'admettre un rapport entre le trouble humoral et l'hémorragie.

Sclérodermie avec cataracte de type parathyroïdien : M. de Gennes. — Chez une femme, et chez tous les membres d'une famille, l'existence de la cataracte et de l'hypocalcémie témoignent de l'origine parathyroïdienne de la sclérodermie, dont le traitement approprié améliora les troubles trophiques et les douleurs.

Silicose pulmonaire ancienne. Tuberculose terminale : MM. Rist et Lemoine. — Infirmière dans un hôpital, sujette aux bronchites. A la radio, granulations multiples. Crachats d'abord négatifs. Dix ans plus tard, hémoptysie, silicose bilatérale. Avait travaillé dans un atelier à atmosphère de kaolin.

Constatations faites dans une consultation d'enfants en 1943 : Mlle Roudinesco.

Mononucléose infectieuse, forme prolongée hypersplénomégalique. Manifestations pseudo-rhumatismales. Epilepsie. Action de la sulfamidothérapie : MM. J. Decourt et Brault. — Un cas de cette maladie étendue sur plusieurs mois, sans signes physiques ni adénopathie. Apparition ultérieure de trois crises d'épilepsie imputables : action nette de la sulfamidothérapie sur la courbe thermique. Guérison définitive favorisée par l'argent colloïdal des injections intra-musculaires.

Aménorrhées pithiatiques curables par la persuasion : M. J. Decourt. — Quatre cas d'aménorrhée guéris par persuasion, qu'on peut qualifier d'aménorrhée pithiatique : le dérèglement psychique ayant retenti sur les centres neuro-végétatifs et troublé secondairement les sécrétions hormonales elles-mêmes.

Des espérances aux résultats dans le dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire de réinfection : M. Roger Even prône l'éducation des malades et des médecins en faveur du dépistage limité aux suspects et basé sur le triple examen, clinique, radiologique et bactériologique. Il range parmi les suspects ceux qui sont exposés à une contagion familiale ou professionnelle.

Phlébite chirurgicale suivie, à distance, d'une apparition d'une phlébite médicale, toutes deux enrayées par infiltrations du sympathique lombaire: M. Decouflé (Nantes). — Une phlegmatia à gauche au décours d'une hystérectomie pour fibrome, suivie d'une phlegmatia à droite, d'origine grippale. Guérison par infiltrations du sympathique lombaire à la novocaïne.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1944.

Miliaire silicotique. — MM. Ameuille et Paley. — Cas de miliaire silicotique, découvert vingt-deux ans après la cessation du travail dans une mine de quartz aurifère. Le malade passait pour un tuberculeux, bien que ne crachant pas de bacilles. Difficultés du diagnostic radiologique de la silicose miliaire.

A propos de l'éventration diaphragmatique. Eventration diaphragmatique avec mésentère commun. Eventrations diaphragmatiques droites. — MM. Hillemand, Mathières, Boudaghian, Mlle Noufflard. — A propos de ces observations, les auteurs reprennent l'étude de la pathogénie de l'affection qu'ils considèrent comme un syndrome relevant de causes diverses : acquise dans un cas, secondaire dans un autre cas, à la suite d'un kyste du médiastin, congénitale dans un dernier.

Ictère cirrhogène ou cirrhose de Mosse-Archand-Mallory. — MM. Fiessinger, Gaultier et Bastin. — Observation chez une femme de 57 ans d'un ictère cirrhogène ayant évolué en deux temps. Dans d'autres cas comparables, les auteurs signalent l'importance de l'hépatite dégénérative et de la nature cicatricielle d'une cirrhose extensive à marche rapide.

Observation anatomo-clinique de cachexie hypophysaire. — MM. de Gennes, Delarue, Mahoudeau, Robert et Auquier. — L'évolution succédant à un syndrome pseudo-tumoral fit perdre au malade 30 kilos en deux ans. L'autopsie démontra une suppression complète de l'hypophyse remplacée par un amas scléreux centré par un foyer de nécrose ischémique.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1944

Myélose aplasique avec infantilisme et malformations (Syndrome de Franconi. — MM. Heuyer, Hurez et Mme Dauphin rapportent l'observation d'un enfant de 10 ans atteint d'anémie hypochrome intense, de leucopénie accusée et granulopénie extrême, et de diminution des plaquettes sanguines coexistant avec un infantilisme, une ectopie et une atrophie testiculaires, une pigmentation cutanée et des malformations congénitales des pouces qui ne sont pas opposables. Des transfusions sanguines ont amené une amélioration passagère et les auteurs envisagent un traitement prolongé par les extraits orchitiques qui ont amené la guérison d'un cas analogue entre les mains d'autres auteurs.

Pronostic de la sclérodermie aiguë post-scarlatineuse. — MM. Cathala, Auzépy, Castaigne et Tiret rapportent un cas de cette affection et envisagent favorablement l'avenir du malade en se basant sur des cas analogues.

Hydarthrose syphilitique bilatérale et fébrile des genoux. — MM. R. Clément, Combe-Hamelle, Cornet et Collerat ont pu rattacher à la syphilis congénitale chez un garçon de dix ans une hydarthrose fébrile et subaiguë des genoux, grâce aux réactions sanguines positives et à l'efficacité du traitement d'épreuve. Ils insistent sur les caractères anormaux de cette forme très différente de l'hydarthrose syphilitique classique et soulignent les difficultés, dans ce cas particulier, du diagnostic avec la tuberculose.

Enquête sur les œuvres sociales de protection maternelle et infantile en France. — Mlle Comby et M. Mande.

Myotonie congénitale d'Oppenheim. — M. Hallez rapporte l'observation d'un nourrisson de 15 mois, atteint depuis les premières semaines de la vie d'hypotonie musculaire généralisée sans paralysies, avec réactions électriques du type myotonique classique, et s'améliorant lentement. Aucun autre cas familial. L'auteur insiste à ce sujet sur la dualité qui sépare la maladie d'Oppenheim de l'amyotrophie familiale type Werdnig-Hoffmann.

Le signe de Chvostek à l'âge scolaire, sa valeur, sa fréquence selon les différents milieux. — M. Gérard Lefèvre (de Lille).

Invergination intestinale aiguë du nourrisson à symptomatologie pariétale atypique. — M. Gérard Lefèvre (de Lille).

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU MARDI 14 DÉCEMBRE 1943

La prophylaxie des brucelloses animales. — M. Berthelon. — La brucellose des ruminants étant très répandue présente un très grand intérêt. Les méthodes de prophylaxie de cette maladie peuvent être classées en trois grands groupes : la vaccination, la prémunition, l'application des mesures sanitaires rationnelles. La vaccination au moyen de cultures tuées par la chaleur (thermo-vaccins) a donné des résultats insignifiants : l'inoculation de brucella tuée par des antiseptiques (chimio-vaccins), bien que légèrement supérieure à la précédente, est encore très insuffisante.

La prémunition avec des cultures vivantes et virulentes présente un intérêt pratique beaucoup plus grand ; elle fait baisser de façon très appréciable le taux des avortements dans les élevages, mais elle généralise l'infection à tous les animaux. La culture vivante de brucella suis avirulente en excipient, lentement résorbable (méthode Ch. Dubois) a le même effet, sans présenter les dangers d'extension de la maladie. Les cultures vivantes d'une brucella abortus faiblement virulente, inoculées aux veaux (méthode Catton) mettent la plupart des animaux à l'abri de l'avortement, pendant au moins les deux premières gestations. D'une façon générale, la prémunition ne supprime pas les avortements dans les élevages, ses effets sont d'autant meilleurs que les règles élémentaires de l'hygiène, ayant pour but la destruction rapide des matières virulentes, sont suivies.

L'application des mesures sanitaires rationnelles, en éliminant les causes de l'infection des animaux indemnes, est actuellement la seule méthode susceptible de faire disparaître la maladie dans un élevage.

Par conséquent, si dans un effectif peu de sujets sont atteints, il faut les éliminer au plus tôt ; si un assez grand nombre de sujets sont infectés, l'indication doit être progessive, pour qu'elle reste économique ; si, enfin, la brucellose est très répandue, il convient de s'adresser à la prémunition.

Epidémiologie et bactériologie des brucelloses. — R. Rossi. — Une double notion capitale domine toute l'épidémiologie des brucelloses : l'espèce animale et le type microbien.

Les types microbiens ont chacun une prédilection marquée pour une espèce, mais les échanges sont fréquents. L'homme et les animaux domestiques peuvent être infectés, en France, par brucella abortus bovis et mélitensis. Brucella abortus suis n'a pas encore été rencontrée dans notre pays.

La fièvre ondulante a été identifiée sur toute l'étendue de notre territoire, sauf la Charente et les Côtes-du-Nord.

Le type mélitensis, qui règne dans le Midi et l'Est, est transmis indifféremment par la chèvre, la brebis ou la vache. Le rôle d'abortus, nié naguère encore, apparaît chaque jour plus réel.

Le délai pendant lequel persistent dans les organismes infectés et dans les matières virulentes les germes microbiens et, partant, pendant lequel la contamination peut se produire, est désormais bien établi pour chaque espèce.

La fièvre ondulante, véritable maladie professionnelle, frappe surtout les personnes en contact direct avec l'animal. La transmission par ingestion de lait infecté n'occupe qu'une place secondaire.

Formes cliniques des brucelloses humaines. — M. Janbon. — Les trois variétés bactériologiques de brucelloses ne se distinguent guère sur le terrain clinique que par une plus ou moins grande fréquence des formes sévères selon l'échelle de gravité croissante. *Br. abortus bovis*, *Br. melitensis*, *br. abortus suis*. Qualitativement les tableaux restent les mêmes. Il faut distinguer :

1° *Les bruceloses aiguës :* forme maligne, rare (2 % des cas) et forme aiguë curable, exceptionnelle ;

2° *Les brucelloses fébriles ondulantes*, modalité la plus commune (forme sudoro-algique classique), dont l'évolution s'échelonne sur deux à six mois et aboutit constamment à la guérison, les seuls risques étant représentés par les infections intercurrentes et surtout le développement consécutif d'une tuberculose évolutive (5 % des cas). A signaler la fréquence des *formes ambulatoires* et les deux aspects rares : la *typhose mélitococcique*, reproduisant trait pour trait, au moins pour un temps, le tableau de la dothiénentérie, une *forme ondulante ganglionnaire*;

3° *Les brucelloses ostéo-articulaires*, aiguës et chroniques, aux aspects multiples, simulant souvent la tuberculose (pseudo-tumeur blanche, pseudo-coxalgie, mal de Pott mélitococcique de Rimbaud et Lamarque), mais dont le pronostic fonctionnel est toujours bon, à condition que ne soient pratiquées ni immobilisation plâtrée, ni intervention chirurgicale. La question des arthroses brucelliennes reste encore en discussion ;

4° *Les neuro-brucelloses*, dont les aspects les mieux individualisés sont la sciatique, les psychoses, la méningite chronique hyperalbumineuse et xanthochromique, avec expression clinique encéphalique (syndrome de Rimbaud, Janbon) ou myélo-radiculaire (syndrome de Roger);

5° *Les brucelloses viscérales*, groupe dans lequel sont étudiés : *les formes respiratoires* (forme bronchique, aspects de pneumopathie aiguë, pleurésies, formes pseudo-tuberculeuses), les *formes hépatiques* (douloureuses; hémorragiques, ascitiques), l'*hépato-néphrite* (L. Rimbaud), les *formes polyviscérales* constamment mortelles, avec endocardite fréquente et d'évolution aiguë (formes polyviscérales malignes) ou traînante (formes cachectisantes);

6° *Les brucelloses chroniques*, chapitre en pleine évolution. Doivent y entrer seulement les cas dans lesquels les brucella, végétant dans la profondeur de l'organisme, tendent à y demeurer d'une manière durable, voire indéfiniment. L'analogie avec la maladie spontanée des animaux ou l'infection expérimentale du cobaye s'impose. Il faut distinguer :

a) Des *formes chroniques succédant à une brucellose ondulante* ; b) des *formes chroniques à reprise fébrile tardive;* c) enfin des *formes chroniques d'emblée*, sur lesquelles les travaux américains récents attirent l'attention. Le diagnostic en est souvent difficile en raison de la carence fréquente des moyens indirects de diagnostic (séro-agglutination, réaction à la mélitine);

7° *Les brucelloses inapparentes*, décelées seulement par les investigations de laboratoire (séro-diagnostic, intradermo réaction).

Etudiant la place et les modalités de la thérapeutique dans ces diverses éventualités l'auteur marque sa préférence pour l'antigénothérapie spécifique, sous le couvert de l'appréciation préalable du degré de l'allergie cutanée ; la vaccinothérapie intraveineuse lui paraît être le procédé le plus régulièrement actif. La chimiothérapie (arsénobenzènes) a des indications restreintes : déterminations chroniques, neurologiques et ostéo-articulaires surtout. La sulfamidothérapie n'a jamais donné, entre ses mains, de résultats probants, du moins avec les corps jusqu'ici utilisés.

Forme polyviscérale mortelle de brucellose : hépatite, anémie endomyocardite, encéphalite psychosique et pyélonéphrite spécifique. — MM. Janbon, J. Chaptal et J. Roman. — La mélitococcie s'exprimait chez un malade de dix-neuf ans par des altérations polyviscérales : encéphalite psychorique, hépatite, anémie, endomyocardite et pyélonéphrite spécifique. Les urines contenant du pus en abondance demeuraient stériles à la culture, alors que l'inoculation au cobaye, les deux fois où elle fut pratiquée, permit de mettre en évidence le brucella mélitensis. Ainsi est affirmée l'existence de la pyélonéphrite brucellienne, dont la rareté s'oppose à la bactériurie habituelle dans cette maladie.

INFORMATIONS

(*Suite de la page* 66.)

Défense. — Organisation à Hanoï d'un détachement d'élèves de la section « médecine, troupes coloniales » de l'école du service de santé et d'un concours pour le recrutement de ces élèves (*J. O. du* 8 *février* 1944.)

Le secrétaire d'Etat à la Défense et le secrétaire d'Etat à la Marine et aux Colonies ont signé, le 7 février 1944, l'arrêté suivant :

Article premier. — Un détachement d'élèves de la section « médecine, troupes coloniales » de l'école du service de santé de Lyon est créé à Hanoï à partir de l'année scolaire 1943-1944.

Art. 2. — Le recrutement des élèves de ce détachement sera assuré en 1943-1944 par voie de concours dont les épreuves auront lieu à Hanoï.

Art. 3. — Ce concours sera organisé :

a) Pour les Français, dans les conditions prévues par l'instruction du 12 janvier 1939 relative à l'admission à l'école du service de santé, modifiée en ce qui concerne les conditions à remplir par les candidats en tenant compte des lois du 13 août 1940 (sociétés secrètes), du 2 juin 1941 (statut des Juifs) et du 3 juillet 1941 (nationalité française) ;

b) Pour les indigènes dans les conditions prévues par la même instruction du 12 janvier 1939 précitée combinées avec celles de l'instruction du 27 mars 1939 relative à l'admission à l'école du service de santé en 1939 des indigènes non citoyens français d'Algérie, des colonies et des pays de protectorat.

L'organisation du concours sera assurée à la diligence du haut commissaire de France dans le Pacifique.

Art. 4. — Le nombre de places mises au concours est fixé comme suit :

Catégorie P. C. B. : cinq Français, cinq indigènes.

Catégorie quatre inscriptions de médecine : cinq Français, cinq indigènes.

Catégorie huit inscriptions de médecine : trois Français, trois indigènes.

Catégorie douze inscriptions de médecine : trois Français, trois indigènes.

Art. 5. — Les élèves définitivement admis à la suite des épreuves du concours de 1943-1944 seront nommés élèves de l'école du service de santé, section « Médecine, troupes coloniales ».

Le haut commissaire de France dans le Pacifique a délégation pour signer les lettres de nomination de ces élèves.

Art. 6. — Le détachement des élèves de l'école du service de santé sera constitué en internat dans l'enceinte de l'hôpital Lanessan, à Hanoï, et sera administré par le détachement de la section d'infirmiers coloniaux.

Les dépenses seront réglées sur place par imputation sur les crédits du secrétariat d'Etat à la marine et aux colonies qui conservera à sa charge les dépenses faites pour les élèves indigènes. Les dépenses concernant les élèves français seront supportées par le budget du secrétariat d'Etat à la défense, par voie de réimputation.

Médecins indigènes des troupes coloniales.

Le *J. O.* du 3 février 1944 publie le décret n° 2722 du 16 novembre 1943 relatif au recrutement latéral en Indochine jusqu'à la fin des hostilités de médecins militaires de 3e classe des troupes coloniales à titre indigène, par dérogation au décret du 14 septembre 1929 et des décrets du 9 février 1939 et du 7 février 1940.

Ligue Française contre le Rhumatisme. — La prochaine séance aura lieu jeudi 16 mars 1944, à 9 h. 30 précises à l'Hôpital Necker, dans le service du Docteur Jacquelin.

Le programme de la séance sera consacré au : *Rhumatisme tuberculeux.*

MM. Jacquelin et Turiaf présenteront un rapport sur le sujet suivant : *Tuberculine-test* et *Tuberculinothérapie du Rhumatisme tuberculeux.*

Une autre séance de la Ligue aura lieu dans le courant du mois d'octobre prochain et sera consacré à : *Rhumatisme et Carence*. Service du Professeur Agrégé E. Coste, à l'Hôpital Cochin.

Prière d'adresser aussitôt que possible le sujet des communications de la prochaine réunion au Secrétariat de la Ligue : 23, rue du Cherche-Midi, Paris-6e.

Institut Alfred-Fournier. — Une place d'Assistant est disponible au service de M. C. Levaditi.

On demande préférence un docteur en médecine ou en pharmacie, entraîné en bactériologie et en expérimentation. Le traitement est de quatre mille francs par mois. Prière aux candidats d'envoyer un exposé de titres et travaux scientifiques au professeur C. Levaditi, Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris.

Au Salon des Humoristes. — Mlle Lucienne Gaullieur l'Hardy, fille de notre collaborateur et ami, qui signe ses œuvres *Luc Hardy*, en expose en ce moment quelques-unes au *Salon des Humoristes*. Originalement inspirées par l'étrangeté de l'ambiance actuelle, ces œuvres sont d'une très heureuse exécution comme dessin et comme coloris. Nous en félicitons bien vivement l'artiste en lui souhaitant tout le succès qu'elle mérite.

Cours.

Service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. Vingt-neuvième session, mai 1944 (14 leçons), du 1er au 6 mai 1944, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques (XIVe), et à la Clinique Baudelocque.

Programme :

1re leçon : M. le Professeur Gougerot. Lundi 1er mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes ; programme d'ensemble de la lutte antivénérienne ; ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

2e leçon : M. le Professeur Gougerot. Lundi 1er mai, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de diagnostic de la syphilis

(ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

3e leçon : M. le Docteur Milian. Mardi 2 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie ; modes de contamination.

4e leçon : M. le Docteur Sicard de Plauzoles. Mardi 2 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Organisation de la défense sociale contre la syphilis.

5e leçon : M. le Docteur Pierre Durel. Mercredi 3 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant, son importance sociale ; Moyens de diagnostic ; traitement ; prophylaxie.

6e leçon : M. le Docteur Cavaillon. Mercredi 3 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social ; devoirs de l'assistante sociale.

7e leçon : M. le Docteur Milian. Mercredi 3 mai, à 11 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : La syphilis occulte.

8e leçon : M. le Docteur Robert Rabut. Mercredi 3 mai, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis ; fonctionnement d'un dispensaire de maternité ; rôle de l'assistante sociale.

9e leçon : M. le Docteur Robert Rabut. Jeudi 4 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution ; œuvres de protection et de relèvement.

10e leçon : M. le Docteur Sicard de Plauzoles. Jeudi 4 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Traitement de la syphilis.

11e leçon : M. le Docteur Pierre Fernet. Vendredi 5 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédosyphilitiques.

12e leçon : M. le Docteur Sicard de Plauzoles. Vendredi 5 mai, à 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fournier : Syphilis familiale ; les enquêtes dans les familles.

13e leçon : M. le Professeur Gougerot. Samedi 6 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

14e leçon : M. le Docteur Sicard de Plauzoles. Samedi 6 mai, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens ; garanties sanitaires du mariage ; examen prénuptial.

Visites du Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Deux visites auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, le jeudi 4 mai, à 15 heures, et le samedi 6 mai, à 15 heures.

Le nombre des admissions étant limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), *le plus tôt possible*. Droit d'inscription : 50 francs. N° Compte Chèque Postal 627.00.

NECROLOGIE

Avec une très vive peine, nous apprenons la nouvelle du décès, à Paris, à l'âge de soixante-dix ans, de notre collègue et ami le docteur Paul Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur honoraire des hôpitaux.

Paul Guéniot était l'un des cinq enfants du docteur Alexandre Guéniot, ancien professeur agrégé, chirurgien honoraire de la Maternité, membre et ancien président de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie, décédé en 1935 dans sa cent quatrième année.

Un fils de Paul Guéniot est actuellement interne des hôpitaux de Paris. Nous le prions de recevoir l'expression de notre profonde et cordiale sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur J.-A. Touchard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1893), médecin chef honoraire des Chemins de fer de l'Etat, décédé le 3 février à Vernon, où il s'était retiré ;

— du docteur Georges Monié, décédé à Limoges ; il était le père de M. Jacques Monié, interne des hôpitaux de Paris ;

— du docteur Thouvenet, de Nantiat, assassiné sur la route de Limoges ;

— du docteur Xavier Marcant, décédé à Herzeele, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans ;

— du docteur Baurrier, de Bégadan, et de ses deux enfants, victimes d'un accident d'automobile.

— du docteur A. Comte, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ;

— du docteur Lutier, ancien médecin assistant à l'hôpital Saint-Antoine ;

— du docteur Françon, père, décédé à Aix-les-Bains, dans sa 84e année ;

— de Mme Noël Fiessinger, femme de notre éminent confrère et ami le professeur Noël Fiessinger, membre de l'Académie de Médecine.

Nous adressons au professeur Fiessinger et à ses enfants l'expression émue de notre profonde et affectueuse sympathie.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies actuelles : maladies à l'étude, maladies d'époque, maladies de circonstance (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu), sous la direction de M. le Professeur Noël Fiessinger.
Un volume de 224 pages. Masson et Cie, éditeurs.

M. le Professeur Fiessinger a publié sous ce titre une série de très remarquables conférences faites le dimanche matin à l'Hôtel-Dieu.

Les maladies à l'étude comportent une très belle leçon de M. Gougerot, sur quelques actions nouvelles sur les streptococcies (pyodermites tuberculoïdes, dermo-épidermites microbiennes) ; une conférence de M. Bariety sur la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann ; un exposé de M. Lemaire sur les rapports des polyglobulies et de l'oxycarbonisme tels qu'ils apparaissent à la lumière des travaux récents du Professeur Lœper ; la maladie d'Addison et son traitement sont l'objet d'une intéressante leçon de M. de Gennes ; enfin M. Marchal fait une synthèse des faits cliniques relevant de l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne.

Dans le deuxième chapitre consacré aux maladies d'époque, M. Ameuille traite des tuberculoses aiguës, dont l'importance pratique ne saurait être discutée ; M. Guy Laroche résume les faits cliniques et biologiques concernant les œdèmes par déséquilibre alimentaire ; M. Cachera donne une excellente étude du scorbut ; M. Gounelle souligne les enseignements de l'épidémie de dysenterie bacillaire en 1940 en France ; les intoxications benzoliques sont traitées par M. Gaultier.

Sous le nom de maladies de circonstance, M. Fiessinger envisage les maladies relevant de la thérapeutique, il traite remarquablement l'agranulocytose et l'aleucie thérapeutiques, tandis que M. Sénèque étudie l'avenir des gastrectomisés ; M. Mollaret, le paludisme thérapeutique ; M. Boulin, la santé insulinienne des diabétiques, et M. Fauvet, la pneumonie des sulfamides.

Ce livre, qui a rencontré auprès du public médical le succès qu'il mérite, rend compte de la qualité de l'enseignement de la plus ancienne de nos cliniques médicales. — M. L. S.

Dépôt légal 1944 : 1er trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. Le Sourd. 3-1944. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 1er trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 6. — 15 MARS 1944 | 117e ANNEE | Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Internat en médecine de 1943.

ORAL. — Séance du 25 février 1944. — *Questions sorties:* Complications des fibrômes utérins. Signes, complications et diagnostic de la dysenterie bacillaire.

Notes: MM. Blanc, 14; Sors, 20; Habas, 18; Flouquet, 17 1/2; Ferbos, 17; Grellet, 18; Rousseau, 26; Mlle Fouchier, 16; M. Paris, 17.

ORAL. — Séance du 27 février 1944. — *Questions sorties:* Ruptures traumatiques de la rate. Diagnostic et traitement des dyspnées laryngées chez l'enfant.

Notes: MM. Sibertin-Blanc, 18; Desvignes, 18; Pouchol, 18; Hartmann (Lucien), 19; Fournier, 23; Solignac, 17 1/2; Meininger, 25; Duhamel, 17; Gaigneux, 16.

ORAL. — Séance du 28 février 1944. — *Questions sorties:* Signes, diagnostic et évolutions de la grossesse tubaire ampullaire. Signes et diagnostic de la sclérose en plaques.

Notes: MM. Joly, 15; Dumoncel, 17; Redor, 15; Lemerre, 23 1/2; Couinaud, 16 1/2; Lamy, 23 1/2; Poujol, 19; Mlle Garnier, 23; MM. Trouillard, 14; Gaulard, 22.

ORAL. — Séance du 29 février 1944. — *Questions sorties:* Diagnostic des tumeurs du creux poplité. Signes et diagnostic de la pneumonie caséeuse.

Notes: MM. Vandooren, 15; Alisson, 21 1/2; Dessus, 18; Pillot, 13; Houssay, 16; Monnerot, 19; Gurly, 17; Flurin, 19; Pinel, 18; Lallemant, 22.

ORAL. — Séance du 2 mars 1944. — *Questions sorties:* Les phlegmons de la loge rénale. Signes, diagnostic et traitement de la gangrène diabétique des membres inférieurs.

Notes: MM. Muler, 23; Monod-Broca, 24; Lacronique, 19; Parrot, 19; Jacquemin, 22; Sainrapt, 22; Millot, 18; Missonnier, 23; Raulin, 21.

Concours d'assistant en médecine. — MM. les Internes sont informés que: à titre de mesure transitoire, un seul certificat d'enseignement scientifique sera exigé des candidats au prochain concours de l'Assistanat en médecine, qui aura lieu à la fin de l'année 1944.

Pour les concours ultérieurs, les candidats devront justifier de 2 des 4 certificats: bactériologie, anatomie pathologique, chimie biologique, physiologie et pathologie expérimentale, consacrant l'enseignement scientifique institué pour eux à la Faculté de Médecine.

Chacun des certificats suivants des licences de sciences: physiologie générale, chimie biologique, chimie générale, physique générale, biologie générale, sera admis à équivalence avec l'un des certificats précités.

Concours d'attaché d'électro-radiologie. Mars 1944. (8 places au maximum). — Jury: MM. les docteurs: Thoyer-Rozat, Stuhl, Belot, Devois, Surmont, Humbert, Lepennetier.

Concours de chef de laboratoire de chimie biologique (1944). (3 places), (Hôtel-Dieu, Bichat, Necker-Enfants-Malades).

3 membres d'office: MM. Couroux, David, Fabre.

2 membres tirés au sort : MM. Moreau, André (H.).

Concours de l'Internat en Médecine 1944.

(*Concours spécial pour mobilisés.*)

Epreuves écrites. — Questions posées.

ANATOMIE. — N° 6, rapports de la prostate et sa physiologie.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE: N° 1, anatomie du nerf radial; n° 2, rapport et physiologie du corps tyroïde; n° 3, triangle de Scarpa; n° 4, articulation tibio-tarsienne; n° 5, rapports du rectum chez l'homme; n° 7, Tronc de l'artère sous-clavière gauche et origine des branches; n° 8, rapport de la carotide externe et origine des branches; n° 9, rapports et physiologie de la glande sous-maxillaire.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — N° 3, signes diagnostic et traitement des complications intestinales de la fièvre thyphoïde.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE. — N° 1, signes diagnostic et indications thérapeutiques de la maladie de Basedow; n° 2, signes diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale; n° 4, signes et diagnostic des paralysies diphtériques; n° 5, diagnostic des ictères chroniques par rétention; n° 6, manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, signes et diagnostic; n° 7, signes diagnostic et traitement de la pneumonie du sommet; n° 8, signes diagnostic et traitement des œdèmes aigus du poumon; n° 9, symptômes du Tabès.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — N° 3, symptômes et diagnostic des cancers du sein.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE. — N° 1, symptômes, évolution et complications des cancers du gros intestin (rectum excepté); n° 2, symptômes, diagnostic et complications des fractures de Dupuytren; n° 4, symptômes et complications de la grossesse intra-utérine; n° 5, symptômes et diagnostic de la coxalgie; n° 6, symptômes et évolution de l'appendicite aiguë; n° 7, luxation antéro-interne de l'épaule; n° 8, fracture de la rotule; n° 9, symptômes, complications et indications thérapeutiques du cancer de la langue.

Concours d'assistant d'électro-radiologie (8 places) **et d'électro-radiologiste** (4 places). — Le concours d'assistant d'électro-radiologie sera ouvert le mercredi 3 mai 1944, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, avenue Victoria, 2e étage.

Les concours d'électro-radiologistes des Hôpitaux seront successivement ouverts à l'issue du concours d'assistant.

Les inscriptions pour les concours d'assistant d'électro-radiologie et d'électro-radiologiste des Hôpitaux seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (Escalier A, 2e étage), du jeudi 6 avril 1944 au lundi 17 avril 1944 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Facultés de province.

Marseille. — En raison de l'évacuation obligatoire du Palais du Pharo, les Services de la Faculté de médecine seront transférés, à dater du 1er mars :

1° *Bibliothèque et secrétariat:* 66, rue Saint-Sébastien. Tél. D. 11-23 et 26-29.

2° *Services généraux* (Salle du conseil, Salle des actes, Bureau du Doyen) : 11, rue Mission-de-France. Tél. C. 13-65.

3° *Les enseignements théoriques* seront assurés dans les amphithéâtres suivants:

— *A. P. N.:* Faculté des sciences, place Victor-Hugo.

— *1re et 2e années:* Faculté des sciences, place Victor-Hugo, allées Léon-Gambetta.

— *3e et 4e années:* Faculté des sciences, allées Léon-Gambetta.

— *5e et 6e années:* Grand amphithéâtre de la Faculté de pharmacie, 92, rue Reinard.

4° *Les Travaux pratiques* se poursuivront pour:

— *L'A. P. M.:* (Labo. de biologie, de chimie et de physique), Faculté des sciences, place Victor-Hugo.

— *Les 1re et 2e années: Anatomie:* Pavillon de la Timone, C. H. M.; *Histologie et Physiologie:* Faculté des sciences, place Victor-Hugo.

— *La 3e année: Anatomie pathologique:* Pavillon de la Timone; *Bactériologie* et *Parasitologie:* Faculté de pharmacie.

— *La 4e année:* Pavillon de la Timone et Faculté de pharmacie.

— *La 5e année:* Pavillon de la Timone et Faculté de pharmacie.

Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

Conseils régionaux de l'ordre des Médecins. — Par arrêté du 24 février 1944, le dépouillement du scrutin pour l'établissement des listes de pré-

sentation destinées à compléter les conseils régionaux de l'ordre des médecins pour toutes les affaires concernant les chirurgiens-dentistes aura lieu le lundi 27 mars 1944, à neuf heures trente.

Ordre de la Santé publique. — Ont été nommés *à titre posthume* dans l'ordre de la Santé publique :

Au grade de chevalier. — M. Henry Brilland, interne des hôpitaux de Nantes ; M. Pierre Lehuche, étudiant en médecine à Nantes ; Mlle Jeanne Tesson, interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, ainsi que seize religieuses ou infirmières victimes des bombardements de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Ont été nommés dans l'ordre de la Santé publique :

Au grade de chevalier. — MM. le docteur Bardon, à Montceau-les-Mines ; le docteur Bourret, au Creusot ; le professeur Maurice Brelet, à Nantes ; le docteur Buquen, à Lorient ; le docteur Chattot, au Creusot ; le docteur Combier, chirurgien au Creusot ; le docteur Corlay, à Lorient ; le docteur Dieny, à Lorient ; le docteur Duverger, à Nantes ; M. Faidherbe, pharmacien à Lille ; le pharmacien lieutenant-colonel Martin.

La même distinction a été conférée à plusieurs religieuses ou infirmières de Nantes ; à Mlle Jansse, directrice de l'hôpital Ambroise-Paré, à Boulogne-Billancourt, ainsi qu'à plusieurs des infirmières de cet hôpital.

Femmes de médecins, qui êtes en état de grossesse ou qui avez un enfant malade ou nettement sous-alimenté. — Envoyez à Médecine et Famille (Association des Médecins Amis de la Famille et des Familles nombreuses Médicales). 28, place Saint-Georges, à Paris-9e, « une note de votre mari, attestant l'un de ces trois cas avec toutes précisions utiles (taille, poids, coefficient de Pignet). Dites la composition de votre famille. Vous pourrez éventuellement bénéficier d'une denrée hydrocarbonée (2.000 calories par boîte).

« Médecine et Famille accueille toutes suggestions sur les problèmes moraux et matériels de la famille.

« La prochaine séance de travail aura lieu le dimanche 14 mai et sera précédée d'une cérémonie religieuse à laquelle les familles médicales seront cordialement invitées. »

L'Association Générale des Médecins de France à ses bienfaiteurs. — *Caisse d'assistance médicale de guerre.* — L'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, à Paris-7e, recommande d'urgence aux confrères généreux sa Caisse d'assistance médicale de guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés par bombardement. (Compte courant postal : Paris 186-07).

Elle remercie vivement les nombreux confrères qui ont répondu si largement cette année à ses appels et ont permis soit d'envoyer aussitôt des subsides aux confrères infortunés, soit d'attribuer aux familles quelques mensualités réconfortantes.

L'Association générale remercie aussi ceux qui, par son intermédiaire, comme le docteur Roussel pour les Bourses familiales, songent à soulager les autres infortunes et elle se félicite, ainsi que d'autres œuvres, d'être bénéficiaire dans ce but charitable de nombreux legs importants, tels que le legs Abadie, Chaboux, Gille, Livon, Ollive, etc.

Comité National de l'Enfance. — Le Comité a tenu, le 9 mars, son assemblée générale au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, sous la présidence de M. le docteur E. Lesné, membre de l'Académie de Médecine et Président du Comité National de l'Enfance.

L'assemblée a entendu les rapports suivants :

Rapport moral de l'exercice 1943 par M. le docteur Julien Huber, Secrétaire Général.

Rapport moral sur l'Ecole Centrale de Puériculture du Comité National de l'Enfance par M. le docteur Rouèche, Secrétaire Général Adjoint.

Rapport financier de l'exercice 1943 par M. Louis Chauliac, Trésorier.

Rapport du vérificateur des comptes (exercice 1943) par M. Coyne, Conseiller-Maître à la Cour des Comptes.

L'assemblée a été clôturée après une allocution du Président.

Une *Journée d'Etudes* a été consacrée aux *Colonies Sanitaires pour Enfants.*

Rapports : 1° Les Colonies sanitaires. Historique et préambule, par M. le docteur Lafosse ; 2° Les Colonies sanitaires de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, par M. le docteur Tarin ; 3° Le rôle du thermo-climatisme dans le fonctionnement des Colonies sanitaires, par M. le docteur H. Flurin (de Cauterets), Président du Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme, Membre correspondant de l'Académie de Médecine, et M. le docteur Du Pasquier (de Saint-Honoré).

Communications : 1° M. le docteur Maillet, Inspecteur Général des Services de l'Enfance de la Croix-Rouge Française : Remarques à propos des Colonies sanitaires infantiles ; 2° M. le docteur Molinery : Les camps thermaux ; 3° M. Terrier et M. le docteur H. Rouèche : Colonies sanitaires hivernales en placement familial.

LOIS ET DECRETS

Loi n° 715 du 20 novembre 1943 modifiant la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils.

Article premier. — L'alinéa 2 de l'article 6 de la loi du 21 décembre 1941 est modifié ainsi qu'il suit :

« Parmi les membres nommés par le préfet doivent obligatoirement figurer deux délégués choisis sur une liste de présentation établie par le conseil municipal et comprenant un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir, un médecin désigné par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, et un représentant des Caisses d'assurances sociales, présenté par le directeur du Service régional des Assurances sociales, après accord avec le président du conseil d'administration de l'Union régionale des Caisses non agricoles et le président du conseil d'administration de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles. »

(*J. O.* du 25 février 1944.)

Loi du 21 février 1944 modifiant l'article 378 du code pénal.

Le premier alinéa de l'article 378 du Code pénal est modifié comme suit :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 1.200 à 6.000 francs. »

ORDRE DES MEDECINS

L'Office de Documentation Médicale Professionnelle et de Remplacement du Conseil National de l'Ordre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris, rappelle aux médecins, aux internes des hôpitaux, nommés au concours, ainsi qu'aux étudiants ayant terminé leur scolarité, qu'il se tient à leur disposition pour des remplacements à Paris et en province, pour des périodes allant de quelques jours à la durée de l'occupation.

Communiqué du Conseil National.

Le Conseil National estime utile de rappeler à tous les médecins, et spécialement aux médecins rapatriés, qu'une Commission de Protection des intérêts des médecins prisonniers fonctionne au Conseil National depuis décembre 1941. Cette Commission composée en majeure partie de médecins rapatriés auxquels se joignent des représentants de l'Union Fédérative Nationale des médecins de réserve, et de la Fédération des Associations amicales du front, est présidée par un membre du Conseil National de l'Ordre. Elle s'occupe des médecins prisonniers et des médecins rapatriés, ainsi que leurs familles. Elle a pris une part active à la préparation de la relève et, tout en tenant compte des besoins des prisonniers, elle a porté tous ses efforts sur une équitable répartition du tour de départ. Enfin, elle a fait des démarches pour obtenir l'amélioration des conditions matérielles de séjour en Allemagne.

Aux médecins prisonniers elle fait parvenir des colis, des livres, et attribue des prix pour récompenser les travaux scientifiques faits en captivité. Le financement de ces œuvres est assuré par des fonds recueillis auprès du corps médical, des subventions importantes du Conseil National et de nombreux dons provenant de groupements médicaux, de laboratoires, de l'association de la presse médicale française, etc.

Ces fonds servent également à distribuer des allocations aux familles des médecins prisonniers et aux médecins retour de captivité afin de les aider dans leur réinstallation.

Enfin la Commission de Protection des intérêts des médecins prisonniers a également le souci de faciliter aux confrères rapatriés la reprise de leur activité professionnelle ; le cas échéant, elle veille à la protection des postes laissés vacants par l'éloignement de leurs titulaires ; mais surtout elle s'efforce, en liaison avec l'office de documentation et de remplacement du Conseil National, de trouver des situations aux confrères qui s'adressent à elle à leur retour de captivité, d'autre part de leur faire réserver des postes d'inspection médicale scolaire, de médecin d'entreprise, de médecin d'hygiène, de médecin contrôleur, etc. ; de leur faciliter l'acquisition rapide des diplômes correspondants, enfin de faire valoir leur situation particulière lorsqu'ils sont candidats à des concours des hôpitaux.

Dans un autre ordre d'idées elle facilite aux médecins rapatriés l'obtention de vêtements, chaussures, instruments, etc.

Le Secrétaire de la Commission est tous les jours à la disposition des confrères rapatriés, et des familles de médecins prisonniers au siège du Conseil National, 60, boulevard de Latour-Maubourg.

La Commission se recommande à tous les médecins pour alimenter généreusement sa trésorerie.

Nécrologie.

On annonce la mort de :

— M. le docteur Octave Claude, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté, à Paris.

— M. le docteur Jean Pariot, 2, Chaussée de la Muette, à Paris.

— M. le docteur Emile Welti, père du docteur Henri Welti, chirurgien des hôpitaux de Paris, et du docteur Jean-Jacques Welti, médecin assistant des hôpitaux de Paris.

REVUE GENERALE

LA TUBERCULOSE DE L'ESTOMAC

Formes chirurgicales

par le docteur Jean-Paul DE FOURMESTRAUX.

La tuberculose de l'estomac est loin d'être fréquente, si l'on s'en rapporte aux statistiques françaises et étrangères, ces dernières plus complètes. Sur 1.500 interventions gastriques, Eiselberg n'a rencontré que trois cas de tuberculose gastrique confirmées par le laboratoire, et Glaubitt, 2,4 % sur 1.200 autopsies de tuberculeux. R. W. Good (1), après avoir effectué des recherches bibliographiques portant sur la littérature anglo-saxonne, déclare que la tuberculose ne représente que 0,34 % des affections gastriques chirurgicales. Alessandri (Rome) (2) donne comme chiffres extrêmes 0,21 à 4,2 % au cours des interventions, 0,34 % au cours des autopsies, proportions analogues à celles de Good. G. Gentille (3) proportions comparables à celles de la statistique d'Urrutia (4), 0,5 %.

Les travaux français parus sur cette question ne sont pas nombreux. La thèse d'Arloing (Lyon) remonte à 1902. Le mémoire de Ricard et Chevrier à 1905. Nous retrouvons en 1918 une observation de Tuffier, deux de Lecène en 1923 et de Lapeyre en 1932. En 1928, trois cas du Professeur Hartmann. En 1933, la thèse de Mauboussin et en 1934 un mémoire de Marc Nédelec paru dans les Archives franco-belges de Chirurgie. En 1943, J. de Fourmestraux et Maurice Fredet (5) rapportent à l'Académie de Chirurgie, avec un examen histologique de P. Foulon, l'histoire clinique d'une malade qui fut consolidée simplement après une large gastrectomie; mais mourut de tuberculose pulmonaire quelques mois après l'opération.

Ceci, du reste, est l'éventualité la plus fréquente alors que la tuberculose gastrique n'apparaît que comme un phénomène secondaire, au cours de l'évolution d'une tuberculose viscérale, généralement pulmonaire.

En analysant les observations présentées jusqu'à ce jour, il semble bien que l'on puisse constater: *la rareté, la gravité, la difficulté du diagnostic* de la tuberculose gastrique en ses diverses modalités anatomo-pathologiques, ainsi que l'incertitude du traitement à envisager.

FORMES CLINIQUES

On peut, de façon schématique, mais non absolue, différencier un *aspect ulcéreux*, un *aspect hypertrophique*, un *aspect sténosant*, ce dernier n'étant le plus souvent que le dernier terme de l'évolution hypertrophique ou sténosante.

La forme *ulcéreuse* apparaît comme la plus fréquente. Rarement primitive, elle est presque toujours secondaire, à une bacillémie, à des lésions pulmonaires en évolution. Il est probable ici que les lésions locales de la muqueuse gastrique sont dues à une infection par voie sanguine. Il n'est cependant pas illogique de penser à l'inoculation directe au niveau d'une ulcération banale, par l'apport des nombreux bacilles ingérés par déglutition chez un tuberculeux pulmonaire ouvert. Une perforation est le dernier terme de l'évolution des lésions. Ce sera souvent une perforation couverte. Dans l'observation de Fourmestraux-Fredet, on fut obligé, en pratiquant la gastrectomie, de cliver la face postérieure de la zone médio-gastrique qui faisait bloc avec la face antérieure du pancréas. En isolant de proche en proche la zone indurée, on se trouva en présence d'une perforation qui admettait la pulpe de l'index, et qui, cependant, n'avait révélé sa présence que par des signes cliniques discrets. La section ne put être réalisée que très haut ou à proximité des vaisseaux spléniques courts. On note dans la plupart des cas que cette perforation est postérieure, au voisinage direct du pancréas. Perforation couverte, elle peut demeurer longtemps silencieuse. Réactions péritonéales frustes. Hémorragies rares. D'une façon constante, ganglions nombreux, s'étendant du stade de la calcification apparente au processus caseux.

S'il est parfois difficile de les différencier, lors de l'examen opératoire des ganglions néoplasiques, l'examen histologique y décèlera l'existence des lésions spécifiques de la tuberculose avec de nombreuses cellules géantes.

L'ulcération gastrique présente une base indurée décollée en dessous et à sa périphérie. Au point de vue histologique, au milieu d'un infiltrat lymphocitaire, qui entoure les culs-de-sac glandulaires, existent de multiples follicules. La plupart ont une structure identique ; centrés par une plasmode multinucléée, ils sont formés de cellules épithélioïdes ; quelques-uns sont isolés, d'autres sont confluents ; au voisinage de la perforation, certains présentent une nécrose caseuse étendue. Le siège des lésions spécifiques est essentiellement muqueux. (P. Foulon).

(1) R. W. GOOD. Tuberculose de l'estomac. « Archives of Surgery. » Mars 1931, p. 415.
(2) R. ALESSANDRI. Sur deux cas de tuberculose de l'estomac. « Schweizerische medicinische Wochenchrift. » Avril 1938, p. 452.
(3) G. GENTILE. « Archives Italiennes de Chirurgie. » Avril 1938, p. 629.
(4) URRUTIA. « Archives espagnoles de l'appareil digestif. » Analyse Menegaud. « Journal de Chirurgie. » Février 1934, p. 76.
(5) J. DE FOURMESTRAUX et M. FREDET. Tuberculose gastrique. « Bulletins et Mémoires de l'Académie de Chirurgie. » Déc. 1943.

Infiltration folliculaire avec thrombose vasculaire, et granulation tuberculeuse.

Un point commun aux diverses formes anatomo-pathologiques : la possibilité de la propagation des lésions au duodénum, ce qui apparaît comme propre à la tuberculose, en opposition avec ce que l'on voit dans le cancer.

FORME HYPERTROPHIQUE

Beaucoup plus rare que l'aspect ulcéreux. Patricola (1) a réuni six cas, Leriche et Mouriquand seize cas. Tumeur dure, de volume variable, s'accompagnant d'adénopathies étendues. Envahissement de la sous-muqueuse avec infiltration souvent fort large. Cliniquement, évolution qui évoque celle d'un néoplasme des faces, au développement lent et silencieux. Parfois, on peut percevoir à la palpation une tumeur, alors que les troubles subjectifs sont fort réduits.

Il est, du reste, bien difficile d'établir une distinction absolue entre cette forme à modalité hypertrophique et l'hypertrophie s'accompagnant d'ulcère. Chez un malade où l'épaississement des parois était très accentué, le Professeur Hartmann constata l'existence d'un pylore épaissi, rigide, donnant l'impression de l'existence d'un ulcère calleux.

Ces deux modalités, ulcères et hypertrophie, aboutissent logiquement si la lésion est assez bas située, à la sténose.

FORME STENOSANTE

Il existe une sténose. C'est tout ce que nous constatons de par l'examen clinique et radiologique. Il est bien rare que l'on ait fait le diagnostic de tuberculose avant l'intervention que commandent les accidents confus, gastro-entérotomie, ou gastrectomie ; dans cette dernière éventualité, l'examen microscopique, et ceci, pas toujours, permettra de faire un diagnostic précis, le seul examen histologique lèvera les doutes.

A côté de ces deux modalités, les moins rares, on a pu différencier une forme inflammatoire à caractère de limite plastique (Leriche et Mouriquand) (2) infiltration diffuse évoquant l'aspect de la tuberculose inflammatoire de Poncet. Il sera parfois difficile d'y retrouver les caractères histologiques essentiels de la tuberculose. Chalier et Nové Josserand (3) cependant après avoir inoculé au cobaye des fragments d'une pièce de sténose présentant cet aspect, déterminèrent une infection positive rapide. Ils émirent alors l'hypothèse qu'il serait possible de rattacher à ce processus certaines formes de sténose hypertrophique du pylore du nourrisson.

On a signalé enfin la possibilité de l'évolution tardive d'un abcès froid de la paroi, au travers d'une fistulisation pariétale. Observation de Schlesinger et de Ramond (1921). Il ne s'agit là sans doute que du terme ultime d'une tuberculose à la forme ulcéreuse ayant de proche en proche envahi les tissus voisins pour s'ouvrir finalement à la paroi.

EVOLUTION. — DIAGNOSTIC

La tuberculose gastrique, en ses diverses manifestations, apparaît d'une extrême gravité, due à la fois à la sévérité des lésions locales et au fait qu'il s'agit toujours ou presque toujours d'une lésion secondaire à une tuberculose pulmonaire en évolution. Lésions rarement primitives (Nédelec), toujours secondaires (Arloing). Chez la malade de Fourmestraux-Fredet, une gastrectomie large donna un excellent résultat immédiat; des lésions pulmonaires causèrent la mort de la malade quelques mois après l'intervention.

Les longues survies, comme celle que rapporte Hartmann, sont rares. Il semble toutefois que le pronostic éloigné des formes, dites inflammatoires, soit moins fâcheux que celui des formes ulcéreuses.

Le diagnostic présente de grandes difficultés. Affection à lente évolution où il sera presque toujours impossible de préciser l'origine des lésions, à l'aide des seules données cliniques, celles-ci ne sont le plus souvent confirmées que par l'examen histologique de l'estomac réséqué, ou le prélèvement au cours d'une autopsie.

Dans la forme ulcéreuse, qui apparaît comme la plus fréquente, les symptômes sont ceux d'un ulcéro-cancer, ou d'un néoplasme sténosant ou non, avancé dans son évolution. L'examen sous écran est loin de donner une certitude. Cependant, deux caractères différentiels ont été mis en évidence : l'absence de niches vraies dans la majorité des cas et, d'autre part, la propagation fréquente des ulcérations au duodénum, ce qui n'existe pas dans le cancer. On doit noter également le peu d'intensité des troubles subjectifs alors que l'examen objectif et la palpation permettent de percevoir une tumeur.

Dans les formes, dites polypeuses, présentant un ulcère, plus une néoformation, il serait possible de percevoir des niches et des lacunes donnant une image quelque peu différente de celle que donne le cancer ou l'ulcère. Cet aspect a été signalé par Knoflach (4).

FORMES HYPERTROPHIQUES ET STÉNOSANTES

Tous les caractères cliniques d'une sténose ulcéreuse ou néoplasique, mais avec une évolution moins rapide. Ricard et Chevrier signalent l'existence fréquente d'une diarrhée tenace dans les sténoses tuberculeuses, diarrhée profuse, difficile à atténuer, ce qui est loin d'être la règle dans l'ulcère ou le cancer.

(1) PATRICOLA (Vienne). A propos de la forme tumorale de la tuberculose de l'estomac. « Wiener Klinische Wochenschrift. » 1931. No 33, p. 1051.
(2) LERICHE et MOURIQUAND. — Les formes chirurgicales de la tuberculose gastrique. « Revue de Chirurgie. » Fév. 1904, p. 337.
(3) CHALIER et NOVE JOSSERAND. « Lyon Médical. » Août 1911, p. 451.
(4) KNOFLACH. « Wiener Klinische Wochenschrift. » Oct. 1934, p. 188.

Il est certainement utile de déceler les tests cytologiques et humoraux de la tuberculose, mais il faut convenir que la valeur de ces recherches reste toute relative puisque, dans le même temps, existent d'autres lésions viscérales bacillaires.

Ceci se rapporte aussi bien à la cuti-réaction qu'à la découverte directe du bacille de Koch. Après tubage gastrique, c'est d'une façon exceptionnelle que celui-ci a été trouvé. Il n'est pas certain, au surplus, que dans les observations où les bacilles ont été trouvés, il ne s'agissait pas d'un apport direct et récent par des crachats déglutis.

Un dernier point à noter est l'association possible de la tuberculose et du cancer. Ce fait a été signalé par Good; celui-ci aurait dans une dizaine de cas constaté l'existence des deux lésions, métastases cancéreuses et tubercules caseifiés.

Ceci n'est pas pour simplifier le diagnostic et nous ne pouvons que souscrire aux conclusions de M. Nedelec (1) quand il déclare que si le fait n'entraîne pas de sanctions pratiques, le diagnostic opératoire est parfois impossible. L'examen anatomo-pathologique par l'association éventuelles des lésions cancéreuses et tuberculeuses ne laisse pas que de poser un problème difficile à résoudre.

TRAITEMENT

Gastro-entérotomie ou gastrectomie? Dans son travail, M. Nedelec rapporte : 57 observations ; 29 gastrectomies : 8 morts et 3 résultats inconnus ; 26 gastro-entérostomies avec 8 décès ; 2 résections partielles avec gastro-entérostomie complémentaire, 2 cas : une mort, une guérison.

Il est bien difficile de se faire une opinion précise alors que les interventions ont été réalisées en présence de lésions fort dissemblables. Il est évident que le pronostic d'une résection sera fort différent, dans une tuberculose hypertophique ou inflammatoire, pour peu que les limites en soient assez précises, et celui d'une résection faite pour tuberculose ulcéreuse avec perforation.

Il semble bien que la gastrectomie constitue la seule indication logique quand l'étendue des lésions n'empêche pas sa réalisation technique satisfaisante. La gastro-entérostomie restera réservée aux malades chez lesquels une sténose exige une bouche de dérivation et que l'état général commande une intervention rapide.

En compulsant les observations publiées, il est assez paradoxal de constater du reste que, gastro-entérostomie et résection paraissent donner des résultats identiques.

Il serait surtout intéressant de préciser s'il s'agit de guérison opératoire ou de guérison à long terme, puisqu'il semble bien que, toujours secondaire, le pronostic de la tuberculose gastrique soit fonction de la sévérité de la tuberculose pulmonaire initiale.

(1) M. Nedelec, La tuberculose de l'estomac. « Archives franco-belges de Chirurgie. » Février 1934, p. 26.

REVUE DES THÈSES

Innervation du carrefour iléo-cœco-appendiculaire. — Eric Nègre. — Thèse Montpellier 1943, n° 106, une brochure de 110 pages. Imprimerie de la Charité, Montpellier.

Par ce travail, conçu dans le laboratoire d'anatomie du Professeur J. Delmas et la clinique chirurgicale A du Professeur Massabuau, l'auteur a cherché à trouver dans le système d'innervation du carrefour iléo-caeco- appendiculaire le lien anatomique qui solidarise étroitement dans le domaine physiologique et pathologique les différents éléments d'une des zones de passage les plus complexes du tractus digestif.

Des dissections attentives du fœtus lui permettent de conclure que la dernière anse grêle ne reçoit aucun filet nerveux sur les 2 à 3 centimètres en amont de la valvule de Bauhin.

Chez l'adulte existent deux pédicules nerveux divergents. L'un, externe, gagne la valvule de Bauhin, le cœcum et l'appendice ; l'autre, interne, est destiné à l'anse terminéo-iléale et n'aborde celle-ci qu'à 12 centimètres environ de la jonction iléo-cœcale. Ces deux pédicules sont étroitement anastomosés à leur origine en un plexus triangulaire situé dans la fourche de trifurcation de l'artère iléo-colique, zone que l'on doit considérer comme le hile du carrefour digestif inférieur. La base du triangle que forment en divergeant ces deux pédicules nerveux est constituée par l'anse terminéo-iléale longue de 12 centimètres en moyenne. Ce segment intestinal, contrairement aux notions admises, est doté d'un système musculaire exceptionnellement développé. Enfin, à l'innervation extrinsèque s'ajoute chez le fœtus et l'adulte une innervation autonome, l'une des plus riches du tractus digestif.

La dernière anse iléale possède une individualité propre due à sa musculature et à son innervation, innervation paradoxale, sans doute, puisque l'apport nerveux extrinsèque pratiquement nul s'oppose à l'exceptionnelle richesse du système nerveux intrinsèque.

Avec beaucoup d'à-propos, E. N. montre que la physiologie du carrefour digestif inférieur, et plus spécialement sa physiologie radiologique, est parfaitement expliquée par une telle disposition nerveuse, et ce n'est pas sans réserve qu'il émet quelques conclusions simples concernant le mécanisme physiopathologique de l'appendicite, de certaines iléites terminales et de l'invagination iléo-cœcale.

René Joyeux.

Existe-t-il une maladie kystique des seins et des ovaires ?

par M. F. Luccioni,
Chirurgien des Hôpitaux de Marseille.

J'ai eu l'occasion, pour des raisons diverses, de vérifier les ovaires de trois femmes atteintes de maladie kystique des seins : dans chaque cas, les ovaires étaient parsemés d'une multitude de petits kystes, calquant de façon curieuse les lésions du parenchyme mammaire, comme s'il s'agissait d'une maladie kystique des seins et des ovaires (1).

Voici les faits :

LES LESIONS ANATOMIQUES

Les lésions mammaires étaient identiques aux lésions que l'on rencontre habituellement dans la maladie de Reclus. A la coupe d'un fragment de sein (prélevé chez la malade de l'observation III), on voyait de nombreux petits kystes de volume variable disséminés dans le parenchyme comme « les trous dans un fromage de gruyère » (Moulonguet). Chez toutes nos malades, les seins étaient hypertrophiés.

L'examen histologique a montré que les formations kystiques étaient constituées par une dilatation des canaux galactophores et des cavités glandulaires. Nous n'avons pas trouvé de végétations intra-kystiques des épithéliums de revêtement, ni les infiltrations des cellules rondes que Moulonguet a signalé avoir fréquemment rencontrées dans la maladie de Reclus et qu'il ne considère d'ailleurs pas comme un signe d'infection.

Les lésions ovariennes étaient rigoureusement identiques dans tous nos cas.

Les ovaires étaient augmentés de volume, atteignant parfois la grosseur d'un œuf de poule. A la coupe, l'aspect rappelait singulièrement les lésions de la glande mammaire : le parenchyme ovarien était bourré d'une multitude de kystes, les uns petits, les autres un peu plus gros. La plupart d'entre eux étaient des kystes séreux et le liquide qu'ils contenaient était limpide ou citrin. Cependant, chez la malade de l'observation III, il y avait des kystes hématiques mêlés aux kystes séreux.

Voici deux observations où l'intervention chirurgicale nécessitée chez l'une pour une appendicite chronique, chez l'autre pour une appendicite aiguë, nous a permis de constater la similitude des lésions macroscopiques de la glande mammaire et de l'ovaire.

Obs. I. — Mlle M..., dix-huit ans, vient nous consulter, en janvier 1934, pour des troubles ovariens sérieux. Réglée depuis l'âge de quinze ans, cette jeune fille présente une oligorhée sévère. Les règles durent à peine un jour, sont peu abondantes, se réduisent parfois à quelques pertes rosées ; en outre, elles sont précédées pendant trois à quatre jours de douleurs violentes, parfois elles subissent des arrêts de trois à quatre mois.

La malade paraît à peine âgée de douze ans ; elle est petite, chétive, ses membres sont frêles. Par contre, l'on est frappé par le développement considérable des seins, qui ont chacun le volume d'un melon. Ils sont bourrés de petits kystes multiples donnant à la palpation la sensation classique de la grenaille de plomb. Or, en 1931, nous avions opéré cette jeune fille pour une appendicite chronique, et, bien qu'à cette époque-là nous n'eûmes pas l'attention attirée par l'hypertrophie mammaire, nous avions examiné les ovaires : ils avaient tous deux le volume d'un petit œuf de poule et étaient bourrés de petits kystes séreux.

Obs. II. — Mlle B..., dix-sept ans, présente une crise d'appendicite aiguë, pour laquelle nous l'opérons immédiatement. Dans ses antécédents, nous notons un syndrome de dysfonctionnement ovarien très accentué : les règles sont anormales, souvent elles « sautent » un ou plusieurs mois ; quand elles surviennent, elles durent deux jours au plus et les pertes de sang sont minimes ; elles sont précédées de douleurs abdominales parfois violentes. Les seins sont volumineux et renferment de multiples petits kystes, surtout localisés dans le cadran supéro-externe du sein gauche et dans le cadran supéro-interne du sein droit.

A l'intervention après résection d'un appendice turgescent, on profite de l'incision pour vérifier avec prudence l'ovaire droit, que la simple mise en position de Trendelenbourg suffit à faire apparaître. Il a le volume d'un œuf de poule et est bourré de nombreux kystes folliculaires.

Les lésions histologiques ovariennes n'ont pu être vérifiées que chez la malade de notre troisième observation. Nous avons pu constater qu'il s'agissait de kystes folliculaires typiques, rappelant en tous points ceux que l'on rencontre dans l'ovarite scléro-kystique.

Obs. III. — Mlle X..., vingt et un ans, vient nous consulter pour des douleurs abdominales accompagnées de troubles digestifs et aussi pour une dysménorrhée accentuée : les règles sont anormales, surviennent souvent avec des retards de dix à quinze jours, parfois même de un à deux mois. Elles sont précédées de douleurs pénibles. Les seins sont volumineux ; ils sont parsemés d'une multitude de kystes. Par ailleurs, la malade présente des troubles digestifs sérieux relevant d'une appendicite chronique.

(1) Pour la bibliographie, voir la thèse de Mme M. Vélarque (Marseille 1939)

Intervention le 5 mai 1939. — Incision de Pfannenstiel. On trouve les deux ovaires augmenté de volume, surtout le gauche. Ils sont tous les deux polykystiques et hémorragiques. On fait une résection partielle cunéiforme de l'ovaire gauche et une résection du nerf pré-sacré. On termine par l'ablation de l'appendice qui est recouvert de quelques adhérences.

L'examen histologique d'un fragment de glande mammaire a montré que les formations systiques étaient constituées par une dilatation des cavités glandulaires des canaux galactophores. Quant au fragment ovarien qui avait été prélevé, l'histologie a montré qu'il s'agissait de kystes folliculaires typiques.

Nous n'avons pu, pour des raisons matérielles, faire pratiquer l'analyse clinique du contenu des kystes mammaires et ovariens.

Parmi les *signes cliniques* présentés par nos malades, on retrouvait les signes *mammaires* classiques de la maladie de Reclus : seins uniformément augmentés de volume et donnant à la palpation la sensation classique de la grenaille de plomb. Les lésions étaient bilatérales dans tous nos cas. Nous n'avons perçu aucune adénopathie axillaire ; il n'y avait pas d'écoulement par le mamelon.

Le syndrome ovarien était très accentué dans toutes nos observations. On notait surtout des troubles de la menstruation : tantôt il s'agissait d'oligorhée, tantôt de dysménorhée sévère. Les règles étaient presque toujours douloureuses.

Voici l'observation de deux malades atteintes de maladie kystique du sein, chez qui nous n'avons pu vérifier l'état des ovaires, mais qui présentaient des troubles fonctionnels ovariens importants.

Obs. IV. — Mlle D..., dix-neuf ans, vient nous consulter sur les conseils du docteur Devin, pour une maladie de Reclus des seins. Elle présente un dysfonctionnement ovarien sérieux : les règles sont rares, elles apparaissent trois à quatre fois par an, elles sont peu abondantes, ne durent qu'un à deux jours à peine sous la forme de quelques pertes rosées ; elles sont précédées de douleurs abdominales violentes qui nécessitent le repos au lit. Il n'a pas été pratiqué de toucher vaginal.

Obs. V. — Mlle P..., trente-trois ans, vient nous consulter pour une petite tumeur kystique siégeant dans le cadran supéro-externe. Celle-ci est encapsulée, résistante. Le reste de la glande et le sein droit sont bourrés d'une multitude de petits kystes.

Cette malade présente des règles douloureuses, survenant souvent avec plusieurs jours de retard. Des métrorragies sont survenues à deux ou trois reprises. Elle se plaint de temps à autre de crises douloureuses légères et fugaces. Au toucher vaginal, on perçoit très nettement l'ovaire droit qui a le volume d'un gros œuf de poule. L'utérus est normal.

***

La coexistence des lésions mammaires et ovariennes n'est pas pour nous surprendre. La clinique comme l'expérimentation ont montré depuis longtemps les liens intimes qui unissent la glande mammaire aux glandes endocrines et, en particulier, à l'ovaire. On sait, par exemple, qu'une castration précoce peut entraîner un infantilisme des seins chez la femme jeune et leur flétrissure chez la femme adulte. Courrier a montré que la folliculine produit une hypertrophie de la glande mammaire. Garmarghtigh et Amerlink réalisent une maladie kystique de la mamelle chez la souris par des injections quotidiennes de folliculine. Les phénomènes ne se produisent que chez les souris intactes, non castrées, ce qui semble indiquer que la folliculine ne s'exerce pas directement sur les seins, mais bien par l'intermédiaire de l'ovaire. Leriche a mis en pratique la connaissance de cette synergie ovaro-mammaire en traitant, avec un certain succès, quelques femmes atteintes de maladie kystique des seins par des injections de folliculine. De même l'influence du testicule sur la glande mammaire a été mise en évidence à plusieurs reprises. On a souvent constaté le développement exagéré des seins au moment des insuffisances testiculaires après castration ou après traumatisme des bourses. La lésion mammaire apparaîtrait de préférence du côté du testicule lésé. Giordano cite le cas d'un homme chez lequel un paragangliome du testicule provoqua une tuméfaction des deux seins ; celle-ci était plus accentuée et plus douloureuse du côté du testicule atteint.

***

En résumé, nos malades se présentaient comme s'il existait à la fois une maladie de Reclus et une ovarite scléro-kystique. Mais si l'on songe que cette dernière affection est très fréquente alors que la maladie de Reclus est relativement rare, on peut penser que les lésions ovariennes que nous avons rencontrées doivent être différentes, bien que macroscopiquement elles leur ressemblent beaucoup.

Quoi qu'il en soit, il semblerait qu'il y ait précession des lésions ovariennes sur les lésions mammaires (observation I).

Est-ce à dire que toute maladie de Reclus doive s'accompagner d'ovaires polykystiques ? Nous ne pouvons l'affirmer, d'autant que nous n'avons trouvé, cliniquement du moins, aucun signe de dysfonctionnement ovarien chez une malade que nous avons opérée ces jours-ci d'une maladie kystique des seins, dont on craignait une dégénérescence maligne à gauche et chez qui le toucher vaginal avait permis de percevoir des ovaires de volume normal.

Ou bien peut-on se demander si, à côté de la maladie de Reclus isolée du sein, il n'existe pas une véritable maladie kystique des seins et des ovaires ?

(Travail du service de M. le Professeur Fiolle.)

DOIT-ON RENDRE LA CUTI-RÉACTION
A LA TUBERCULINE
obligatoire à l'âge scolaire ?

par M. Max Fourestier (Paris).

Une mesure législative rendant obligatoire un examen médical ou des investigations diagnostiques ne doit intervenir que si l'utilité de cet examen ou de ces investigations est évidente ou parfaitement démontrable. Il faut, en outre, que la valeur du test proposé et la nécessité de la contrainte prophylactique soient à l'abri de toute suspicion ; enfin que de telles mesures soient absolument inoffensives.

Doit-on rendre la cuti-réaction à la tuberculine obligatoire à l'âge scolaire ?

La réponse doit être la conséquence d'une analyse, presque syllogistique, compte tenu des quelques principes élémentaires que nous venons de préciser. Nous croyons pouvoir la schématiser dans les quatre interrogations que voici :

1° Est-il utile, sur le plan individuel et social, de connaître l'âge et le moment de la tuberculisation chez l'enfant ?

2° La cuti-réaction à la tuberculine est-elle le meilleur moyen à notre disposition pour connaître cette tuberculisation normale ou pathologique ?

3° La cuti-réaction à la tuberculine doit-elle devenir une mesure prophylactique obligatoire à l'âge scolaire ?

4° La recherche de l'allergie cutanée tuberculinique doit-elle entrer dans les attributions de la médecine scolaire ?

Une question longuement débattue, surtout dans le cadre de la médecine sociale, a nécessairement un passé historique d'opinions les plus contradictoires. Partisans et adversaires de la cuti-réaction obligatoire à l'école ne peuvent donc retirer aucun avantage de la tradition. Depuis 1935, R. Debré, M. Lelong, E. Lesne et Germaine Dreyfus-Sée ont insisté sur l'utilité incontestable des cuti-réactions successives, et préconisé leur emploi courant. A. Bohn, en 1937, après Weissmann-Netter, ayant obtenu de faire pareil essai sur les écoliers d'Orly avec l'assentiment des parents, a demandé qu'une loi intervienne au plus tôt pour rendre obligatoires, périodiques et au moins annuels, les tests cutanés tuberculiniques dans les collectivités d'enfants. Mais d'autres voix aussi autorisées se sont élevées pour condamner ces examens dans les écoles.

Luttes et discussions sont le passé. Que constatons-nous actuellement ? Depuis un an, la pratique de la cuti-réaction systématique tend à se généraliser dans les écoles communales du département de la Seine. Sans mot d'ordre venu d'en haut, spontanément, médecins scolaires et assistantes sociales, convaincus de l'importance et de la nécessité de cet examen, l'ont réalisé chez les enfants placés sous leur surveillance, certains, les plus ardents, d'autorité, sans en référer aux familles, le plus grand nombre, toujours soucieux de l'administration et du règlement, après autorisation des parents.

Il semble qu'on ne doive plus attendre aujourd'hui qu'un texte législatif qui officialise en quelque sorte les agissements de chacun d'entre nous. La cuti-réaction à la tuberculine doit être obligatoire à l'âge scolaire et périodiquement répétée : c'est pour préciser entre nous une dernière fois la légitimité de cet examen, et attirer l'attention des Pouvoirs publics, que nous désirons discuter cette affirmation qui, pour nous, représente un impératif catégorique.

1° Est-il utile, sur le plan individuel et social, de connaître l'âge et le moment de la tuberculisation chez l'enfant ?

C'est une chance, pour la question qui nous intéresse, que le mécanisme de la tuberculisation chez l'enfant soit unanimement reconnu. La tuberculose infantile est essentiellement une tuberculose de contagion. Contamination, tuberculisation, l'infection peut en rester là ou aboutir à la tuberculose-maladie, toujours la conséquence donc du contact bacillaire.

Quelles que soient les objections soulevées, il est certain que les tests cutanés tuberculiniques représentent actuellement notre meilleur moyen de détection de la tuberculisation de ce terrain toujours vierge à l'origine qu'est l'enfant.

Que la tuberculisation s'effectue normalement, à bas bruit, dans le silence clinique (et il en est ainsi dans la majorité des cas), ou qu'elle s'extériorise cliniquement et radiologiquement, peu importe, c'est cet instant de la vie de l'enfant qu'il faut connaître.

Point n'est besoin d'insister sur la valeur du virage tuberculinique qui authentifie toujours la primo-infection-maladie en signant sa nature tuberculeuse.

Mais même sans expression clinique, en pleine santé apparente, sans signes radiologiques, ce virage ne peut pas ne pas traduire une certaine réaction morbide de l'organisme agressé par le B. K., que seule la grossièreté de nos moyens d'investigation actuels nous interdit de préciser. A tout le moins, pendant cette période, quelques conseils sur la nécessité d'une vie plus calme, d'une meilleure hygiène, l'absence de surmenage (période des examens, par exemple) ne nous paraissent pas superflus. Seule la répétition de la Cuti permet de saisir le temps du virage.

Une objection est souvent soulevée : à un premier examen de la constatation d'une Cuti positive, rien ne saurait être déduit, qu'une

banale réaction d'allergie et la signature de la présence dans l'organisme d'une lésion bacillaire quel que soit son potentiel évolutif.

Cette objection ne conserve sa valeur relative qu'à l'époque actuelle. Si la loi rend la Cuti obligatoire à l'âge scolaire, à partir de 5 ans par exemple, nous ne découvrirons plus fortuitement en quelque sorte une allergie cutanée tuberculinique. Tous les enfants (ou presque) auront au départ de leur vie scolaire une Cuti négative et, peu à peu, avec les ans, nous verrons, à une date déterminée, le virage s'effectuer, apparaître l'allergie, et nous pourrons ainsi préciser le moment exact de la tuberculisation, une des périodes les plus importantes peut-être de la vie de l'homme.

Mais, même à notre époque, la découverte fortuite d'une Cuti positive chez un enfant sans antécédents tuberculiniques connus, n'est pas une banale constatation. Nous possédons un renseignement de valeur : l'enfant est tuberculisé. Cette notion est aussi importante que la courbe du poids, l'examen somatique, la recherche d'antécédents tels qu'oreillons ou varicelle ! La connaissance des réactions cutanées vis-à-vis de la tuberculine a d'autant plus de valeur que l'enfant est plus jeune, et l'orientation de l'examen, ses conclusions, sont totalement différents, avant 10 ans par exemple, suivant que la Cuti est positive ou négative.

Toujours sur le plan individuel, l'utilité de la connaissance de la tuberculisation apparaît dans d'autres circonstances :

a) Une Cuti positive depuis longtemps élimine ou précise certains diagnostics parfois difficiles, et le médecin de famille trouvera facilement ce renseignement dans les fiches médicales scolaires.

b) La Cuti, en précisant les indications des investigations radiologiques, permet un triage hautement souhaitable en cette période peut-être trop encombrée d'examens radiologiques systématiques. Il nous paraît inutile et certainement abusif de radioscoper systématiquement tous les enfants d'âge scolaire. Grâce à la Cuti, un tri est possible. Hormis certains cas particuliers où l'examen radiologique est utile (pneumopathies chroniques non tuberculeuses, cardiopathies, crainte d'un stade préallergique de la primo-infection, etc.), les enfants à Cuti négatives doivent être dispensés de la consultation au dispensaire. Invariablement, la réponse sera la même : image thoracique normale. Seuls doivent être radioscopés, tous les virages quel que soit l'âge, les enfants à Cuti positive avant 10 ans, et, passé cet âge, uniquement ceux à Cuti positive dont l'état général laisse à désirer.

Sur le plan social, l'utilité des précisions cutanées tuberculiniques n'est pas moindre.

a) La découverte d'une Cuti positive chez l'enfant en bas âge permet le déclenchement immédiat de l'enquête prophylactique nécessaire pour la recherche et la découverte de la source de contagion si souvent familiale et ignorée. Mais le foyer infectant peut être dans l'école même, et le virage massif de toute une classe infectée par un maître tuberculeux ignoré est un exemple classique. On peut s'étonner, d'ailleurs, que le personnel des écoles, des directeurs aux cantinières, ne soit pas périodiquement soumis à un examen médical et radiologique.

b) La sensibilité diagnostique des tests tuberculiniques, dans les premiers âges de la vie, fait de l'enfant, sur le plan de la médecine sociale, un véritable cobaye dont la réponse positive ne laisse aucun doute sur la réalité de l'infection bacillaire dans son entourage.

Il est possible de dresser un véritable cadastre tuberculinique en portant, sur le plan de la ville, tout autant d'index colorés qu'il existe de Cuti positives par foyer d'habitation. La valeur de ce cadastre est d'autant plus grande que les enfants éprouvés par la tuberculine sont plus jeunes. Ne doivent être retenues, pratiquement, que les Cuti positives avant 10 ans. Toutes ces Cuti positives dessinent, sur le plan urbain ou communal, des îlots, des taches, des points isolés, et ce procédé permet une lecture facile de la densité des foyers tuberculiniques urbains suspects. Il est intéressant de constater que le maximum de densité des foyers tuberculiniques coïncide avec la qualité des îlots dits insalubres, la présence de cracheurs de bacilles indociles à tout conseil, la sous-alimentation manifeste de certains foyers, la qualité sociale des quartiers, la nature du travail effectué, etc.

Envisagée sous cet angle, la Cuti-réaction systématique à l'âge scolaire devient un moyen de détection efficace des foyers tuberculeux, aussi utile à l'hygiéniste qu'au médecin.

Notre réponse à cette première question est formelle : il est non seulement utile mais indispensable, aussi bien sur le plan individuel que social, de connaître l'âge et le moment de la tuberculisation chez l'enfant.

2° La Cuti-réaction a la tuberculine est-elle le meilleur moyen a notre disposition pour connaitre cette tuberculisation normale ou pathologique ?

On ne discute plus actuellement les avantages respectifs de la Cuti et de l'intradermo-réaction de Mantoux. Cette dernière, en utilisant des doses de tuberculine progressivement croissantes, est, scientifiquement, le meilleur moyen à notre disposition pour dépister l'allergie tuberculinique. Pratiquement, dans le cadre des vastes enquêtes prophylactiques, on ne saurait proposer ce test d'une technique trop délicate. Deux procédés, seuls, répondent aux conditions exigées dans une enquête du type de celle envisagée actuellement dans le cadre de la médecine scolaire : sensibilité suffisante, innocuité, facilité technique, rapidité d'exécution, ce sont la banale Cuti et la réaction transcutanée de Moro-Hamburger.

Avec les modifications apportées à l'épreuve de Moro (qui date de 1908) par Hamburger en 1922 : nettoyage préalable de la peau à l'éther et augmentation du pourcentage de tuberculine brute dans la pommade à base de lanoline (deux tiers de tuberculine, un tiers de lanoline) qui sert à la friction des téguments, on peut affirmer que les résultats des deux réactions sont très sensiblement comparables avec, à l'actif de la réaction de Moro-Hamburger, peut-être l'avantage d'une sensibilité plus grande, en particulier chez les enfants vaccinés par le B.C.G.

Nous avouons nos préférences pour la banale Cuti-réaction, la plus connue, entrée depuis longtemps dans les mœurs médicales, d'exécution très facile, réalisée très correctement par nos Assistantes Sociales. Une autre raison, moins traditionnelle, nous fait préférer la Cuti : nous avons constaté personnellement qu'avec la réaction transcutanée, des variations de sensibilité pouvaient s'observer quand, à concentrations égales de tuberculine, la peau décapée à l'éther était plus ou moins fortement et longuement frictionnée. Certes, il peut y avoir là un moyen de plus grande précision pour la détection tuberculinique, mais comment mesurer l'importance de la friction ? La Cuti, par contre, par sa technique même, donne des résultats identiques, la sensibilité étant égale pour chaque test effectué dans une collectivité, puisque cette sensibilité, hormis les réactions du sujet examiné, ne dépend que de la qualité de la tuberculine utilisée.

On peut donc, indifféremment, pour le dépistage tuberculinique systématique à l'âge scolaire, proposer soit la Cuti, soit la friction type Moro-Hamburger.

3° La Cuti-réaction a la tuberculine doit-elle devenir une mesure prophylactique obligatoire a l'age scolaire ?

C'est là le point crucial du débat, car l'accord est unanime, je pense, sur l'utilité de connaître l'âge et le moment de la tuberculisation chez l'enfant et la nécessité de recourir, pour une enquête dans une collectivité d'enfants, à des tests cutanés très simples pour préciser l'allergie tuberculinique. On peut, en effet, admettre toute l'importance de la connaissance précise chez l'enfant de l'allergie cutanée tuberculinique, et refuser la notion d'obligation en arguant de l'infidélité de ces tests, de la possibilité d'accidents, et du mystère qui semble entourer l'allergie cutanée tuberculinique à mesure que les études à son sujet deviennent plus précises.

Voici ces objections ...et leur réfutation :

1. — *Un premier groupe d'objections tient compte de ce fait qu'une Cuti négative peut exister chez un sujet tuberculisé et même tuberculeux.*

a) Certes, la Cuti est négative au stade pré-allergique de la primo-infection.

Mais la durée moyenne de cette période n'est que de un à trois mois et la répétition de l'examen, tous les six mois par exemple, fixera tôt ou tard, mais certainement, la date d'apparition de l'allergie cutanée. Tout bien considéré, les possibilités cliniques se résument en deux cas : ou bien la tuberculisation s'effectuera normalement et peu importe alors, à deux ou trois mois près, la date précise du virage ; ou bien la primo-infection sera une véritable maladie tenant d'ailleurs l'enfant éloigné de l'école. Une Cuti négative, à cette période de la maladie, rend le diagnostic aussi difficile en ville qu'à l'école, à moins qu'il ne s'extériorise à l'évidence par une lésion certaine du type érythème noueux, ou une pleurésie. D'ailleurs, M. le Professeur Bezançon qui, tout récemment, dans la *Presse Médicale*, a insisté sur ces virages-retardés des réactions tuberculiniques vraiment très paradoxaux, a pris soin de spécifier que quelques observations isolées ne doivent en quoi que ce soit diminuer la confiance qu'il faut avoir dans les tests cutanés de l'allergie tuberculinique au cours de la primo-infection.

b) La disparition momentanée de l'allergie cutanée peut faire croire à l'absence de tuberculisation.

L'évidence des affections causes de cette disparition de l'allergie enlève toute valeur à cette objection de principe.

c) La disparition définitive de l'allergie cutanée est certainement prouvée actuellement, ainsi que l'ont montré les observations et les travaux expérimentaux de Kourilsky, Chevalley, Ameuille, Saenz et Canetti, etc.).

Je ne vois là aucune objection à la pratique des Cuti-réactions périodiquement répétées, puisque le sujet redevenu vierge en quelque sorte vis-à-vis du bacille de Koch peut se réinfecter. Sa Cuti-réaction fixera à nouveau le moment de la réinfection.

d) Non seulement des primo-infectés récents, mais des enfants tuberculeux, pourraient avoir une Cuti négative. C'est ainsi qu'on a remarqué que certains enfants vivant en milieu contaminé conservaient cependant des réactions cutanées négatives, et le Professeur Bezançon a affirmé à l'Académie de Médecine que, dans son enquête, près de la moitié des enfants (46 sur 96), probablement atteints de tuberculose latente, avaient des Cuti négatives.

Certes, chez ces enfants, la pratique des intradermo-réactions à doses croissantes de tuberculine montrerait, pratiquement, la réalité constante de l'allergie tuberculinique cutanée, mais nous ne pouvons tenir compte de ces investigations plus précises qui ne peuvent pas entrer dans la routine des examens prophylactiques systématiques en milieu scolaire. J'avoue que les constatations de M. le Professeur Bezançon obligent à la réflexion. Quel trouble jeté dans le dogme officiel ! Que répondre ? Il est probable que d'autres causes qu'une infection paucibacillaire inapparente peuvent expliquer une insuffisance pondérale, la micro-polyadénopathie, le mauvais état général, l'aspect chétif des enfants... Par ailleurs, certains enfants en excellente santé paraissent supporter allègrement cette subinfection bacillaire avec Cuti-négative, et les résultats de l'enquête tuberculinique chez eux ont la même signification pratique que chez les sujets non tuberculisés. Néanmoins, le pourcentage de Cuti négatives signalé dans ces enquêtes me paraît exceptionnel. Nous nous sommes livré à une étude semblable à Montreuil-sous-Bois, chez un groupe de

120 tuberculeux pulmonaires chroniques expectorant des B. K. depuis vingt-cinq ans au plus, cinq ans au moins. 98 % des enfants (malades ou non) issus de ces tuberculeux, et ayant un âge moyen de 14 ans, avaient une Cuti positive.

Je crois, malgré les travaux contraires, qu'on ne peut faire fi de l'équation traditionnelle : allergie cutanée tuberculinique = tuberculisation et, à plus forte raison, tuberculose.

L'exceptionnel est intéressant à considérer ; il ouvre des horizons nouveaux ; le fond même de la doctrine reste le plus souvent inchangé. Les tests cutanés à la tuberculine — et parmi eux la classique cuti — doivent conserver à nos yeux leur pleine valeur. Pratiquement, rien ne s'oppose à leur utilisation dans cette immense prospection que sera la cuti-réaction systématique et périodiquement répétée à l'âge scolaire.

2. — *D'autres objections font valoir la non spécificité des réactions tuberculiniques cutanées.*

a) M. le professeur Bezançon a fait remarquer que le virage précoce ou tardif peut n'être pas la conséquence directe de l'évolution bacillaire, mais s'observer à l'occasion d'un incident pathologique banal ou insignifiant : intervention chirurgicale, affection pulmonaire aiguë, une maladie contagieuse, le surmenage physique ou intellectuel, une cause morale, un changement de vie, etc.

Que l'incident pathologique qui extériorise ainsi la tuberculisation inapparente soit ou non tuberculeux, peu importe en pratique. Dès l'apparition du virage, l'enfant sera surveillé comme un sujet soumis à une contamination banale et dont la cuti positive ne traduit qu'un processus normal de tuberculisation. Ces faits, au demeurant, sont exceptionnels et ne traduisent qu'une période anté-allergique extrêmement prolongée ; rien ne prouve d'ailleurs que cette période anormalement longue soit particulièrement redoutable en restant ignorée du fait de la négativité des tests cutanés.

b) La répétition des Cuti pourrait sensibiliser l'organisme, et une réponse positive ultérieure pourrait ne pas avoir la signification d'une tuberculisation véritable.

Si cette sensibilisation existe chez l'animal, elle n'a pas été signalée chez l'homme, tout au moins quand la réétition des Cuti se fait sur un rythme lent, tel celui proposé ici : tous les six mois.

3. — *Enfin, dernière objection d'ordre scientifique, la Cuti-réaction peut n'être pas inoffensive.*

Les cas sont exceptionnels de tuberculoses aggravées ou réveillées à la suite de la Cuti-réaction. P. Renault a rapporté trois observations de tuberculoses cutanées. Rist a signalé des observations similaires. Tixier a parfois constaté des accidents fébriles évolutifs. Nous ne nions pas l'intérêt scientifique de telles observations ; mais que représentent-elles en face des millions de Cuti-réactions pratiquées sans incidents depuis la découverte par von Pirquet, en 1907, de l'allergie cutanée tuberculinique ? On n'a pas le droit de tirer argument de ces rarissimes incidents qui condamneraient d'ailleurs les cuti-réactions pratiquées isolément chaque fois que nous le jugeons utile.

En résumé, un même caractère d'exception teinte toutes ces objections dont nous retenons par ailleurs toute la rigueur scientifique. Quoi qu'on en ait dit, dans l'immense majorité des cas, dans des millions d'observations pouvons-nous dire, les tests cutanés à la tuberculine ne sont ni infidèles ni dangereux. En matière de médecine sociale, la loi des grands nombres joue au maximum. On ne saurait s'arrêter à des contingences inhibitives. L'immense majorité des enfants bénéficiera certainement, tant au point de vue prophylactique que diagnostique, de la généralisation à l'âge scolaire des tests cutanés tuberculiniques. La contrainte législative doit être la conclusion de ce débat.

4° La recherche de l'allergie cutanée tuberculinique doit-elle entrer dans les attributions de la médecine scolaire ?

L'essentiel de la discussion nous paraît clos. On a prétendu qu'à l'école la Cuti serait mal faite, car les médecins en confieraient l'exécution aux assistantes sociales. On a encore dit qu'aucun acte médical ne doit être pratiqué à l'école, véritable lieu sacré, qu'une telle mesure serait la porte ouverte au dispensaire scolaire, enfin que les familles affolées ne comprendraient pas la signification des réactions positives. Le libéralisme médical autoriserait uniquement le médecin de famille à pratiquer cet examen, car il serait seul capable, connaissant le terrain et les secrets familiaux, de juger du moment opportun de la réalisation de la Cuti.

Ces objections nous paraissent mineures. Si on accepte le principe de la prophylaxie sociale nécessairement basée sur les résultats de vastes enquêtes dans les diverses collectivités, ce n'est pas à « un » moment de la vie d' « un » enfant qu'il faut réaliser la Cuti, mais sur « tous » les enfants et à « tous » les âges jusqu'au virage.

Il ne me paraît pas nécessaire d'être revêtu de la robe d'Esculape pour savoir bien faire un tel examen, et est-il sûr que tous les praticiens connaissent cette « technique » à la perfection ? La Cuti-réaction n'est pas un acte thérapeutique. L'auscultation est-elle interdite à l'école ?

La perspective de l'affolement familial enfin ne doit pas être un obstacle insurmontable. Ce sera le rôle des assistantes sociales scolaires d'expliquer avec des mots simples et convenables le grand problème de la tuberculisation et l'intérêt qu'ont les parents de connaître le moment du virage. Certains, trop bornés, ne comprendront jamais. Pour cette minorité, faut-il arrêter tout effort vers des réalisations prophylactiques meilleures ?

Dans le groupe scolaire qui nous est confié, sur 800 élèves, 15 % des parents ont répondu non à la lettre qui leur a été adressée pour leur demander l'autorisation de pratiquer la Cuti chez leur enfant ou le résultat de cet examen peut-être déjà réalisé hors de l'école. Cette proportion de refus est encore trop forte à notre gré. L'index de tuberculisation de tous les enfants d'une circonscription administrative doit être connu, et j'englobe dans ce cadre administratif les écoles officielles et les instituts privés auxquels doit nécessairement s'étendre l'obligation de la Cuti à l'âge scolaire.

Rien ne s'oppose donc à la réalisation de la Cuti dans les locaux scolaires. Si cet empiétement des pouvoirs du médecin scolaire pouvait déplaire à certains, je ne vois, pour ma part, aucune objection à la pratique de la Cuti en dehors de l'école, par le médecin de famille, pourvu qu'un certificat médical la justifie, en se contentant de la rendre obligatoire par la loi. On a agi ainsi pour la vaccination antivariolique et les résultats ont été si satisfaisants qu'on ne peut que bien augurer de mesures similaires concernant la Cuti systématique et périodiquement répétée à l'âge scolaire.

Le rythme de répétition de cet examen sera de six mois et, évidemment, après le virage, le test cutané ne sera plus recherché.

Notre conclusion est formelle : la Cuti-réaction systématiquement pratiquée et répétée tous les six mois à l'âge scolaire doit être obligatoire (1).

(1) Rapport à la Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris et de la Seine. (Séance du 16 février 1944.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 22 Février 1944.

Rapport au nom de la Commission de la Constatation médicale des décès. — M. Balthazard.

Les oscillations des protides sanguins dans les cancers et les leucémies. — M. Loeper. — Nombre de cancéreux ont un taux des protides sanguins paradoxalement élevé ; ceux d'entre eux qui ont un taux inférieur à la normale ont un taux cependant excessif par comparaison avec leur état de cachexie.

Le cancer du sein, limité, facile à enlever en entier, facile à irradier, a permis de continuer cette étude dans de bonnes conditions.

L'ablation du cancer abaisse la protidémie et la rapproche de la normale ; la radiothérapie en exagère le taux ; l'accroissement de la tumeur engendre de l'hypoprotidémie. Des cancers non irradiés ont une protidémie de 53 à 54 p. 1.000, chiffre faible ; des cancers irradiés et améliorés, 70 à 75 p. 1.000.

Toutes autres causes étant éliminées, il y a donc parallélisme avec l'édification ou la destruction de la tumeur.

Dans les leucémies, on observe des variations comparables en rapport avec la prolifération ou la destruction leucocytaire. Si avec 150 à 200.000 leucocytes on trouve une protidémie de 57 à 60 p. 1.000 (dont 1/5 de globulines), après radiothérapie et chute leucocytaire, on peut trouver jusqu'à 125 p. 1.000 de protides (dont 4/5 de globulines).

Dans les leucémies comme dans le cancer, on observe donc des alternances de protidémie de destruction et d'hypoprotidémie de consommation.

La section complète de la moelle épinière et le principe de l'évolution. — M. Lhermitte. — Les classiques admettaient que la section totale de la moelle créait un syndrome incurable ; l'expérience acquise de 1914-1918 a montré, au contraire, que dans les cas de survie il se produisait, après une première phase de choc médullaire, un retour graduel de l'activité automatique et réflexe du segment soustrait au contrôle encéphalique.

Certains neuro-chirurgiens, récemment, ont voulu voir dans cette restauration le témoignage d'une section incomplète.

Il n'est pourtant pas douteux qu'après une section totale, et que l'anatomie et l'histologie prouveront telle par la suite, il se fasse une restauration fonctionnelle, mais toujours très lente : réflexes cutanéo-muqueux, réflexes de défense, tonus musculaire, action des sphincters, action du sympathique sur les muscles lisses, automatisme génital même.

On doit être en garde contre les erreurs dues à une observation trop courte, à des lésions surajoutées du segment inférieur, des méninges, des vaisseaux, à des complications intercurrentes.

Cette restauration graduelle se produit chez l' « homme spinal » tout comme chez l'animal par réorganisation fonctionnelle de la partie inférieure isolée ; mais il persistera l'abolition des mouvements volontaires et des sensations.

La durée de cette période chez l'homme est augmentée à cause de son « encéphalisation » plus prononcée que celle de l'animal. Son évolution est analogue à celle des fonctions nerveuses, autogéniquement et phylogéniquement ; elle est à rapprocher de l'évolution des localisations chronologiques des activités ainsi que du processus général de « télencéphalisation » croissante qui marque toute l'évolution du système nerveux des vertébrés.

Les liaisons pleurobronchiques et leurs mécanismes histopathologiques. — MM. Policard, Galy et Muller. — Au point de vue normal et pathologique, deux éléments de la disposition entrent en jeu : l'élément classiquement décrit : riches communications capillaires sanguines et lymphatiques entre l'assise sous-pleurale et les bronches extralobulaires en suivant les cloisons périlobulaires ; existence de plans fibro-élastiques serrés et, à l'état normal, imperméables qui séparent lobule

et bronche intralobulaire des zones plus extérieures. Le premier élément explique les bronchectasie consécutives à des atteintes pleurales ; le second contribue à limiter à l'intérieur du lobule un processus pathologique qui y a fait éclosion.

Election. — M. Ameuille est élu membre titulaire dans la 1re section (médecine et spécialités médicales).

SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1944.

Rapport (au nom de la Commission du Rationnement alimentaire) sur les nouvelles rations en lait des E et J1. — M. Lesné.

Considérations sur douze cas d'intoxication par les huiles ayant servi à l'alimentation et contenant du tri-orthocrésylphosphate. — MM. Guillain et Mollaret. — En un an ont été soignés à la Salpêtrière douze cas d'intoxication après ingestion comme graisses de cuisson ou d'assaisonnement d'huiles achetées au marché noir ou dérobées dans des provisions d'huile industrielle. Evolution analogue dans tous les cas : troubles digestifs, inconstants après le repas suspect, puis accalmie de quinze jours environ suivie d'apparition de paralysies des membres inférieurs, puis des membres supérieurs. Durée d'évolution dépassant un an. Dans les cas où une analyse a pu être faite, on a trouvé dans les « huiles » la présence de tri-orthocrésylphosphate.

Ces accidents, analogues à ceux de l'intoxication par le gingembre, sont semblables aussi à ceux qu'en période de restrictions on observa autrefois en Allemagne.

Il s'agit de faits graves et d'autant plus importants que le produit toxique est de plus en plus couramment mêlé aux huiles de graissage. Il s'agit d'une polynévrite, mais à laquelle s'associent des lésions médullaires. Après un an, on peut encore trouver des signes de spasticité pouvant faire croire, faute de renseignements étiologiques, à une sclérose latérale amyotrophique.

L'Académie émet le vœu que les Pouvoirs publics donnent dans les milieux industriels et ouvriers une publicité suffisante pour édifier les intéressés sur les risques courus.

La vaccination antituberculeuse en scarifications au moyen de suspensions concentrées de B.C.G. — MM. Nègre et Bretey. — L'efficacité des scarifications au B.C.G. n'est plus discutée chez le nouveau-né ; elle est moins constante chez le grand enfant ou l'adulte anergique. On connaît expérimentalement l'influence du nombre des scarifications et de la concentration de la suspension bacillaire. Chez l'homme, on est contenu dans des limites plus étroites. Les auteurs ont employé des suspensions allant de 50 à 100 milligrammes par centimètre cube. Les réactions locales ont été constantes, donc plus nombreuses et plus précoces qu'avec les suspensions courantes. Chez l'enfant, on peut se contenter de deux ou trois scarifications avec une suspension à 75 milligrammes.

Les suspensions plus concentrées que les suspensions courantes semblent donc présenter un intérêt pratique.

Crises comateuses et hypoglycémie chez un « traumatisé cérébral ». — MM. Chabrol, Cachin et Blanchon. — Un sujet, victime en 1914 d'un traumatisme cérébral compliqué d'hémiplégie transitoire, présente depuis cette époque des crises d'agitation psychomotrice susceptibles d'aboutir au coma, crises allant de l'agitation hallucinatoire à la torpeur profonde, mais ne survenant jamais qu'à jeun et cédant immédiatement à l'injection intraveineuse de glucose. Pendant les crises seulement, symptômes d'organicité. La glycémie très variable tombe à des chiffres très bas pendant les crises ; il y a hypoglycémie temporaire après leur disparition même spontanée.

L'insuline provoque les crises ; le glucose par os les fait cesser. Adrénaline, extraits hypophysaires sont sans action.

La relation paraît peu contestable entre les accidents et le déséquilibre glycémique ; on sait, par ailleurs, qu'un choc cérébral peut troubler la glycorégulation. La chute de la glycémie et la cure de sucre ne semblent d'ailleurs pas être, chez ce sujet, les seuls agents pouvant déclencher ou freiner les crises.

Discussion : MM. Lhermitte, Ribadeau-Dumas.

Contribution à l'étude des champignons destructeurs de la châtaigne. — MM. A. et R. Sartory. — Divers germes peuvent être en cause se rattachant aux groupes Aspergillus, Stérigmatocystis, Citromyces, Fusarinus, les uns apportés par des parasites (vers, insectes), les autres se développant à l'air humide comme des moisissures. Ces germes rendent la châtaigne impropre à la consommation.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1944.

A propos des métrorragies post-ménopausiques. — M. Sénèque.

Un cas de maladie de Pellegrini-Stieda. — M. Marre. — M. A. Sicard, rapporteur.

Algies diffusantes post-traumatiques. — M. Luzuy. — M. Sicard, rapporteur.

Occlusion intestinale par adhérences du grêle à la suite d'une myomectomie de la face postérieure du corps utérin. — M. Sourdat, M. Rouhier.

Anévrysme de la sous-clavière gauche par plaie de guerre. — M. Chavannaz.

Hormone mâle et lésions de la glande mammaire. — M. Moulonguet s'élève contre les abus qui ont été faits de l'hormonothérapie dont l'efficacité ou l'inefficacité vis-à-vis des lésions de la glande mammaire ne doit pas constituer un test diagnostic. L'auteur rapporte des observations dans lesquelles le traitement hormonal a retardé l'exérèse d'un cancer du sein.

MM. Capette et Roux-Berger s'associent aux conclusions de l'auteur.

L'infiltration novocaïnique du sinus carotidien à la phase de collapsus des péritonites aiguës diffuses. — M. Wilmoth rapporte deux observations démonstratives de cette méthode de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1944.

A propos de l'infiltration du corpuscule carotidien. — MM. J. Gosset et Richard.

A propos de l'hormonothérapie dans les lésions bénignes du sein. — M. H. Desmarest.

Algies diffusantes post-traumatiques. — M. Lebel. — M. Sicard, rapporteur.

Fracture de la cavité glénoïde et du bord axillaire de l'omoplate. Traitement orthopédique. Récupération fonctionnelle très rapide et complète. — M. Siméon. — M. Lauce, rapporteur.

Hernie trans-mésocolique supra-gastrique étranglée. — MM. Jean Quenu et Pérol.

A propos de trois observations de protusion acétabulaire. — M. Alain Mouchet.

SÉANCE DU 1er MARS 1944.

Sur un cas de schwannome gastrique. — M. Bergeret.

Les phlébites endogènes post-traumatiques et post-opératoires chez les bactériuriques. A propos de deux fractures du col du fémur compliquées tardivement l'une de phlébite et l'autre d'embolie pulmonaire. — M. Rouhier.

Griffe de la main de pathogénie exceptionnelle. — M. Leveuf.

Phlébite en cordon de la paroi thoracique. — M. Mondon.

L'ablation du ganglion aortico rénal dans le traitement des petites hydronephroses douloureuses. — M. R. Fontaine, M. Couvelaire lecteur.

Deux cas de dilatation aiguë de l'estomac. — M. Baillis. Rapport de M. Sicard.

Forme bénigne de la lésion de Monteggia. — M. Rousset. Rapport de M. Moulonguet.

Gastrectomie pour exclusion. — MM. Huet et Huguier.

SOCIETE DE CARDIOLOGIE

SÉANCE DU 16 JANVIER 1944.

Considérations sur l'évolution clinique des thrombo-artérites des membres. — M. Ph. Descloux a suivi pendant une période de quatre à douze ans, vingt-huit cas de thrombo-artérite des membres. Dans dix-neuf cas, il y a eu régression au point qu'on a pu parler de véritable guérison. Dans six, il y a eu stabilisation au stade de la claudication intermittente. Dans trois cas seulement on est arrivé au stade des douleurs du décubitus et des manifestations trophiques. Il n'est donc pas exact de dire que la thrombo-artérite des membres est généralement progressive. Bien au contraire, les formes régressives paraissent être les plus habituelles.

Un cas d'anévrysme de l'artère pulmonaire ? — M. Ph. Descloux.

Flutter auriculaire et périodes de Luciani-Wenckebach. — A. Jouve.

Dilatation congénitale de l'arbre artériel pulmonaire. Tuberculose cavitaire. Hémoptysie foudroyante. — MM. Jouve, M. Delage et R. Oddo rapportent l'observation d'une hémoptysie foudroyante, survenue chez une jeune fille de vingt-sept ans, atteinte de dilatation globale de l'arbre artériel pulmonaire, avec communication interauriculaire, mais sans hypoplasie aortique. Une des branches de l'artère pulmonaire droite, véritablement ectasiée — elle admettait le passage d'un crayon — s'ouvrait largement dans une caverne du sommet droit.

Dilatation accentuée du tronc de l'artère pulmonaire. Bonne tolérance persistante. — MM. A. Clerc et Ch. Frain présentent l'observation d'une malade, âgée de quarante-sept ans, ancienne spécifique, chez laquelle, après une opération abdominale, se manifesta pour la première fois, en 1931, une couleur légèrement violacée de la face et des extrémités digitales, sans polyglobulie, avec quelques douleurs thoraciques, mais sans dyspnée vraie, ni insuffisance du cœur droit, ni signes nets d'auscultation. Par contre, l'examen radiologique montrait un arc moyen, une artère pulmonaire, ainsi que les hiles très dilatés et remarquablement pulsatiles; avec intégrité apparente de l'aorte et des cavités cardiaques. La maladie, suivie depuis treize ans, n'a pas occasionné d'accidents réels, à part une tendance à l'exagération légère des signes fonctionnels et radioscopiques extérieurs, comme le montre un récent examen. Malgré l'existence de la spécificité, le diagnostic, non d'artérite mais de dilatation globale et solitaire de l'artère pulmonaire (tronc et grosses branches), est le seul possible, ce qui n'exclut pas l'hypothèse d'une origine congénitale.

Tachycardies ventriculaires pré-fibrillatoires régressives. A propos d'un cas d'origine syphilitique. — MM. R. Froment, Blondet et Coblentz rapportent une observation où de longs paroxysmes de tachycardie paroxystique ventriculaire, survenus sur un cœur apparemment indemne, mais chez un sujet porteur d'un Wassermann très positif, disparurent après institution d'un traitement spécifique. A ce propos, les auteurs rappellent que, dans des cas rares, les accès de même ordre en rapport avec un infarctus myocardique peuvent de même régresser ; à

preuve, en particulier, une observation de A. Bérard où la malade reste guérie au bout de neuf ans.

Dilatation et insuffisance cardiaques dans la maladie de Friedreich. Nouvelles observations. — MM. Roger Froment, Vignon et Baud rapportent trois cas nouveaux de cette association de troubles cardiaques et de troubles neurologiques ; l'un d'entre eux comporte une vérification avec lésions histologiques du myocarde et intégrité des noyaux bulbaires. Nul doute que les modifications qualitatives du complexe électrique, qui sont fréquentes (prépondérance ventriculaire droite en particulier) et les troubles du rythme, n'extériorisent ces modifications myocardiques organiques. Par contre, on ne saurait, dans l'état actuel de nos connaissances, expliquer clairement la genèse de celles-ci, et la théorie bulbaire souvent invoquée n'est nullement satisfaisante.

L'association vitamine C et cyanure de Hg dans le traitement des artérites. — M. Mériel.

Un nouveau cas de « diverticule du péricarde ». — MM. E. Donzelot, P. Bardin et R. Heim de Balsac. — La découverte fortuite, chez un homme robuste de vingt et un ans, sans aucun trouble fonctionnel, ni physique, d'une tumeur para-cardiaque semblant émerger du pédicule et pendre le long du bord gauche du cœur, fait penser à un diverticule du péricarde.

Les auteurs soulignent que ces images ne sont pas exceptionnelles et que, dans la littérature, le diverticule du péricarde n'a été vérifié que trois fois, aussi ne faut-il pas exclure l'éventualité d'un dysembryome, d'un kyste dermoïde, voire même d'un neurinome et surveiller l'évolution de cette tumeur.

Critique de certains aspects ophtalmoscopiques de l'artério-sclérose rétinienne. — M. Jean-Gallois. — Il semble nécessaire d'isoler de l'aspect classique du liséré blanc visible le long de la paroi artérielle, une forme clinique discrète, limitée à la zone de la papille : extrêmement fréquente, même chez le jeune enfant, elle semble généralement n'avoir pas de valeur pathologique, et ne se rapporte qu'à la configuration anatomique de la région ; néanmoins, il existe des cas certains où elle est réellement un signe révélateur d'artério-sclérose.

Pour le signe du croisement artério-veineux, on le rencontre parfois très discret chez des enfants ou chez des adultes en bonne santé : faits qui demandent une étude très particulière.

Périartérite segmentaire superficielle (à propos de deux nouveaux cas d'artérite de la temporale). — M. L. Mathieu et Mlles S. et E. Hadot.

Rythme septal transitoire chez un neurotonique. — MM. J. Cottet, Chassagne et Renault.

De la coexistence du galop gauche présystolique avec le dédoublement du premier bruit et avec le galop gauche protodiastolique. — M. Camille Lian. — La coexistence du galop présystolique et du dédoublement du premier bruit, observée récemment chez trois malades par l'auteur, peut troubler le clinicien qui peut penser un instant à l'existence d'un roulement présystolique, ou qui peut méconnaître le galop.

Pour le diagnostic clinique, il y a lieu de tabler sur la remarque suivante : le dédoublement du premier bruit a son maximum de netteté dans la station debout et son foyer maximum dans la région juxtaxiphoïdienne, tandis que le galop gauche présystolique a son maximum de netteté dans le décubitus surtout le décubitus latéral gauche où son foyer maximum est à la pointe du cœur. En tablant sur ces remarques personnelles, l'auteur a fait dans les trois cas le diagnostic clinique qui a été ensuite vérifié et confirmé par la phonocardiographie avec le Téléstéthophone Lian-Minot.

Dans le troisième cas, l'auscultation clinique a permis de différencier dans le décubitus dorsal le dédoublement du premier bruit dans la région xiphoïdienne, le galop présystolique à la pointe, puis dans le décubitus latéral gauche l'existence simultanée du galop présystolique et du galop protodiastolique. Ces distinctions faites cliniquement ont été vérifiées et confirmées par la phonocardiographie.

Il est banal de trouver sur les phonocardiogrammes la coexistence de ces deux types de galop. Mais il est exceptionnel de trouver ces deux galops chez un sujet dans une même séance d'auscultation. Cette éventualité, déjà signalée dans un cas très grave par Ch. Laubry et D. Routier, accompagnait seulement dans le cas de l'auteur un début d'insuffisance ventriculaire gauche sans aucun trouble fonctionnel. Cette coexistence des deux galops n'a donc pas en elle-même une valeur pronostique.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

Etiologie. — **Fréquence** : relativement grande, 1 pour 15 péritonites appendiculaires (Ombrédanne).

Age : essentiellement une affection de l'enfance (3 à 7 ans).

Sexe : féminin 75 p. 100.

Mais ces deux notions n'ont pas une valeur absolue. On peut aussi rencontrer la péritonite à P. chez les adultes et dans ce cas il semble que le sexe masculin en soit plus fréquemment atteint.

Il est classique de dire que les P. à P. peuvent être primitives ou secondaires.

En réalité il semble, à l'heure actuelle, que la majeure partie des P. à P. ne sont primitives qu'en apparence, étant précédées par une phase de pneumococcémie.

Pathogénie. — Il est classique d'opposer :

1° Les *péritonites secondaires* à une autre localisation pneumococcique. Il s'agit, en règle, d'une affection pleuro-pulmonaire. Dans ce cas on peut évoquer une propagation directe transdiaphragmatique. Dans les cas où il s'agit d'affection pulmonaire centrale, force est d'invoquer avec Michaut une infection générale par voie sanguine.

2° Les *péritonites primitives* où l'atteinte péritonéale semble être la première. De nombreuses théories pathogéniques ont été évoquées.

a) Etiologie hématogène. La voie sanguine est la plus en faveur en France, mais elle n'est pas la seule envisagée.

b) Etiologie intestinale. Les défenseurs de cette théorie invoquent des arguments anatomo-cliniques et expérimentaux. Pour Obdalek, le point de départ serait l'iléon terminal. Pour de Quervain, la péritonite serait d'origine appendiculaire.

c) Etiologie génitale montante : voie vagino-utéro-tubaire défendue par Marc Cartney et Fraser, pour lesquels la P. à P. serait au début une pelvi-péritonite.

Cette division semble d'ailleurs avoir beaucoup vieilli dans ces dernières années. On invoque *une phase de pneumococcémie* précédant la péritonite. Le foyer primitif pourrait être très récent, passant facilement inaperçu, tels : un coryza, une amygdalite, un foyer pulmonaire discret. Les P. à P. ne seraient donc primitives qu'en apparence. Il semble donc que bien des points demeurent encore obscurs. Mais la notion de phase septicémique du début a une grande importance au point de vue d'une conduite thérapeutique.

Anatomie Pathologique. — *A la période de début :*

— pas de lésion,
— tuméfaction des ganglions mésentériques,
— péritoine œdématié.

A la période d'état :

On doit opposer 2 grandes formes :

1° *La péritonite diffuse*, deux aspects anatomiques :

a) Forme suppurée, la plus fréquente.

Péritoine rouge ou arborisé.

Pus abondant, blanc verdâtre, épais, *sans odeur*. Dépôts fibreux abondants et épais.

Intestin congestif, sans perforation, flottant librement sans adhérence.

b) Forme septique.

Pas de pus, à peine quelques cuillerées de liquide louche aux points déclives. Anses intestinales congestionnées et recouvertes de fausses membranes.

Gravité plus grande.

2° *Péritonite enkystée.*

a) Soit véritable abcès pneumococcique unique. Le foyer est limité par des fausses membranes plus ou moins épaisses masquant la paroi abdominale et les viscères. Il est rétro et sous-ombilical, pré-épiploïque et pré-intestinal, immédiatement en arrière de la paroi antérieure, au niveau de l'hypochondre et des fosses iliaques.

Le pus abondant, blanc verdâtre, inodore.

b) Soit forme multiple : un abcès principal souvent très volumineux associé à d'autres foyers enkystés. Habituellement sous-diaphragmatiques,

dans la région hépatique ou splénique. Point d'une importance pratique certaine.

Clinique. — La symptomatologie du début est toujours presque identique pour toutes les formes. Seul l'aspect évolutif change, réalisant secondairement des tableaux divers.

Phase de début. Le tableau est grossièrement celui d'une crise d'appendicite aiguë avec quelques dissonances. Début brutal. Il s'agit d'une fillette qui, sans prodrômes, présente une douleur abdominale violente.

Signes fonctionnels :

La douleur, vive, continue, constante. En réalité son intensité serait très variable. Mais, fait capital, elle est sans localisation précise.

On signale parfois un maximum douloureux.

iliaque droit
iliaque gauche
ombilical
ou dans les flancs.

En réalité la douleur localisée manque.

Les vomissements
aussi précoces que la douleur
ils sont abondants, persistants, faciles.

La diarrhée
est un signe de premier ordre sur la valeur duquel tous les auteurs insistent.

Signes généraux :

L'aspect général est fâcheux : facies altéré, pâle ou vultueux, mais cependant pas péritonéal. Dyspnée, cyanose des doigts et des ongles.

Fièvre élevée, 39°, 40°, 41° ; fait capital : ascension brusque et rapide. Pouls à 120-140. Oligurie.

En règle, pas de frissons, pas de hoquet.

Signes physiques :

Ventre peu ou pas distendu.

Douleur diffuse, sans localisation ou prédominant dans la région.

Hyperesthésie atténuée.

Contracture : elle est généralisée, peu marquée. Pour certains elle marquerait et serait remplacée par une résistance pâteuse décrite par Parker Syms et Marschall.

Toucher rectal : douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

En résumé, on se trouve dans la grande majorité des cas en présence d'un tableau de péritonite aiguë avec diarrhée.

S'agit-il d'une P. à P. ou d'une P. appendiculaire ?

Diagnostic.

Il est d'autant plus angoissant que, dans le premier cas, on doit s'abstenir de toute thérapeutique chirurgicale et que dans le second on doit intervenir d'urgence. Diagnostic rendu d'autant plus difficile encore du fait de certaines appendicites graves à tableau bâtard et par la crainte de laisser évoluer une péritonite appendiculaire. Aussi doit-on reprendre tout le faisceau de renseignements ainsi réunis et les analyser soigneusement.

En faveur d'une P. à P. on a :

1° Le *début*, brutal, sans prodrômes.

2° Le caractère mal localisé et diffus de la *douleur*.

3° L'abondance des *vomissements*, leur fréquence, leur facilité, leur répétition.

4° *La diarrhée.* — C'est un signe de premier ordre, sur la valeur duquel insistent tous les auteurs et qui permet dans bien des cas de faire le diagnostic. (Lenormant et Lecène.) C'est une diarrhée abondante. Les selles sont fétides, verdâtres, parfois striées de sang, accompagnées de ténesme, de crises de coliques. Elle est précoce, intense, tenace, réalisant l'aspect d'une entéro-colite aiguë, assez différente des diarrhées des appendicites aigües graves, mais elle peut être tardive ou absente.

5° L'aspect du malade. — Facies vultueux, pommettes rouges, aspect trémulant. Rechercher soigneusement l'herpès péri-labial, mais il peut manquer au début. Il faut savoir que, parfois, le facies péritonéal existe dès les premières heures.

6° La contracture est diffuse et modérée.

7° L'examen de l'arbre aérien peut mettre sur la voie du diagnostic. Constatations d'une angine, d'une rhino-pharyngite, d'un coryza, de quelques râles pulmonaires.

8° La découverte d'une vulvo-vaginite à pneumocoque plaide en faveur d'une P. à P., mais sans rien d'absolu, d'ailleurs elle manque souvent.

Restent à étudier les *examens de laboratoire*. Ils n'apportent pas de preuve formelle.

1° Numération globulaire. — Dans la P. à P. il y aurait une lymphocytose avec polynucléose importante : 25.000 à 30.000 globules blancs. Elle serait surtout d'apparition brusque comme la fièvre. Mais certaines péritonites appendiculaires en présentent également.

2° La recherche du pneumocoque dans les sécrétions vaginales a une certaine valeur, mais elle n'est pas non plus absolue. Elle peut ne rien donner. Une appendicite peut coexister.

3° L'hémoculture, proposée par Buddi, ne semble pas apporter une certitude suffisante (Mondor). Elle serait positive de la 6e à la 18e heure, parfois plus tardivement dans les formes subaiguës.

4° La recherche du pneumocoque dans le sang (Aurousseau), semble habituellement sans garantie.

5° La ponction exploratrice est rejetée par la majorité des auteurs. Salzer fait une ponction abdominale, Loewe conseille la ponction du Douglas.

En résumé : Aucun signe clinique, aucun examen de laboratoire ne permet à lui seul de faire le diagnostic de P. à P. Cependant, dans un certain nombre de cas, l'étude attentive des faits, certaines constatations cliniques permettront d'en porter le diagnostic. Celui-ci repose avant tout sur un bon examen clinique.

Mais, si l'on intervient, par crainte de méconnaître une appendicite, on aura le plus souvent pensé à la P. à P. Ce qui réduira l'acte chirurgical au minimum et évitera des recherches illogiques ou intempestives.

A l'intervention : l'appendice est sain, mais on note la présence d'un liquide visqueux, jaunâtre, inodore. Parfois du séro-pus ou du pus, avec flocon fibrineux. L'examen microscopique montrera du pneumocoque à l'état pur qui tuera la souris en 24 heures.

(A suivre) Jean AURÈGAN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

3 *Mars.* — M. REY. Le rhumatisme ovarien. Etat actuel de la question.

M. POINTEAU. Le rétablissement immédiat de la continuité intestinale par invagination côlo-rectale sur drain.

8 *Mars :* M. CHAMPEAU. — Essai d'interprétation des tumeurs à myéloplaxes.

Mme BARRÉ. — Contribution à l'étude des neurinomes intrathoraciques.

M. DEGUILLAUME. — Contribution à l'étude du traitement conservateur des hydronéphroses.

9 *Mars :* M. CLOSTRE. — La saponite du Gaïac. Son action sur le métabolisme du cholestérol.

M. LAURENT. — Le cristal violet dans le traitement de l'oxyurose.

M. HORANDE. — Contribution à l'étude des troubles endocriniens au cours des psychopathies.

M. BOUVOT. — Le problème de la stérilité sans obstacle tubaire.

THESES VETERINAIRES

1er *Mars.* — M. PAYART. La fièvre vitulaire chez la truie.

M. VALIN. L'actinomycose bovine. Essais de traitement par les sulfamides.

M. VINCENT. Brucella abortus bovis dans quelques maux de garrot et de nuque.

CHRONIQUE

IL Y A CINQUANTE ANS

Le début de la sérothérapie antidiphtérique à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Tout récemment, M. G. Ramon a fait à l'Académie de Médecine un magistral exposé au sujet du cinquantenaire de la sérothérapie antidiphtérique.

Si la mémorable communication de Roux et de Louis Martin au Congrès de Budapest, en septembre 1894, marqua la consécration de la sérothérapie antidiphtérique, son application réalisée dès le mois de février de la même année, à l'hôpital des Enfants-Malades, avait soulevé un intérêt passionné.

Les médecins de ma génération n'ont pas oublié avec quelle curiosité et quel enthousiasme furent suivis ces essais. J'étais alors externe de première année à Necker, chez Routier. Avec mon ami Guibé et quelques camarades, je ne manquai pas de « sauter le mur » qui, à cette époque, séparait Necker des Enfants-Malades, et d'aller dans le service de Jules Simon où les collaborateurs de Roux appliquaient le traitement.

Je revois encore la haute silhouette et le visage grave de Louis Martin. J'ai gardé le souvenir du calme avec lequel il procédait aux injections de sérum. Louis Martin était encore interne, mais attaché depuis deux ans à l'Institut Pasteur; il était déjà devenu chef du laboratoire de la sérothérapie antidiphtérique. Il nous intimidait beaucoup et cependant, avec une simplicité et une affabilité très grandes, il nous donnait tous les renseignements que nous osions lui demander. Faut-il ajouter qu'il nous a conservé l'amitié bienveillante avec laquelle il nous accueillait en 1894? Avec lui se trouvait nn interne des Enfants Malades, le regretté Bayeux, à qui l'on devait, dès cette époque, de remarquables travaux sur la diphtérie et le tubage et qui, plus tard, publia d'importantes recherches sur la physiologie aux hautes altitudes et sur l'oxygénothérapie.

Laissons ces impressions de jeunesse et rappelons quelle était en 1894 la situation au point de vue de la diphtérie.

Dans les dix années précédentes, les recherches de laboratoire avaient apporté coup sur coup des découvertes sensationnelles.

En 1883, Klebs avait découvert le bacille de la diphtérie.

En 1884 et en 1887, Lœffler avait isolé et cultivé le bacille.

De 1888 à 1890, Roux et Yersin avaient apporté la démonstration irréfutable de la spécificité du bacille.

L'idée d'employer la sérothérapie revient, sans conteste, à Behring, mais c'est Roux qui, en découvrant la toxine diphtérique, permit la découverte de l'antitoxine par Behring. C'est Roux qui a choisi le cheval comme animal producteur de sérum et qui a rendu possible et efficace la pratique de la sérothérapie antidiphtérique.

Les premiers essais réalisés aux Enfants-Malades, puis dans tous les services d'enfants de Paris, pendant cette année 1894, étaient déjà hautement démonstratifs. Rappelons, avec Dieulafoy (1), les premières statistiques « des cas de diphtérie, angine ou croup, traités par le sérum antidiphtérique »:

« La statistique de MM. Roux, Martin et Chaillou porte sur 448 cas: la mortalité est de 24,5 %.

La statistique de M. Moizard porte sur 231 cas: la mortalité est de 14,7 %.

La statistique de M. Le Gendre porte sur 16 cas: la mortalité est de 12,5 %.

La statistique de M. Lebreton porte sur 242 enfants ; la mortalité est de 12 %... »

Rappelons enfin la décisive déclaration de Bayeux: « L'année 1894, écrivait-il, divise la thérapeutique de la diphtérie en deux époques distinctes: une première où cinquante-cinq pour 100 de diphtériques mouraient, et une seconde où cette mortalité est abaissée à *seize* pour 100, grâce à l'emploi de l'antitoxine. Ce chiffre de 16 pour 100 est appuyé sur la statistique que j'ai colligée, de plus de *deux cent mille cas.* »

Et Dieulafoy, après avoir rapporté ces résultats ajoute: « La mortalité va sans cesse diminuant, et elle diminuera encore à mesure qu'on aura soin d'isoler les broncho-pneumoniques, à mesure qu'on remplacera, dans la mesure du possible, la trachéotomie par le *tubage*, à mesure qu'on prendra l'habitude de pratiquer l'injection de sérum sans perdre un instant, et à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie. Chose qui n'avait jamais été vue, nous avons eu une semaine à Paris, où l'on n'a pas enregistré un seul décès par diphtérie. »

C'est à dessein que nous avons cité longuement Dieulafoy. On ne pouvait avoir un témoin plus enthousiaste, certes, mais aussi plus circonspect et plus prudent. Il n'y a rien à ajouter à ces dernières lignes. Cependant, comment ne pas rappeler que dans les années qui suivirent on vit la vague épidémique de diphtérie plus ou moins violente, plus ou moins atténuée. Pendant les périodes de recrudescence, le trouble gagna parfois certains esprits, on songea à un affaiblissement du pouvoir du sérum, on incrimina des injections insuffisantes, on en fit, on en fait encore parfois de trop importantes.

Une seule chose resta et demeure toujours: la certitude que le sérum de Roux préserve tous les jours d'innombrables enfants et que la mémoire du grand savant mérite pleinement la pieuse reconnaissance de toutes les mères.

Roux n'est plus, mais nous pouvons nous tourner vers son disciple Louis Martin et lui dire notre admiration et notre très affectueuse gratitude.

F. L. S.

(1) *Manuel de Pathologie interne*, T. II, p. 153 et 154 (Masson et Cie, Paris, 1904).

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'Anatomo pathologie, par MM. G. Roussy, Roger Leroux et Ch. Oberling (Collection de Précis médicaux), 2e édition. 1.354 pages, 598 figures. 2 volumes. Masson et Cie, éditeurs.

La nouvelle édition de ce précis, rendue nécessaire par le succès de la précédente, en diffère peu ; elle s'adresse avant tout aux étudiants. Huit grands chapitres traitent des lésions élémentaires des tissus, des troubles circulatoires, des processus inflammatoires, des inflammations des divers tissus et organes, des processus tumoraux, des tumeurs bénignes, des tumeurs malignes, des tumeurs des tissus nerveux, mélaniques et embryonnaires.

Ce plan, qui répond à celui de l'enseignement donné à la Faculté, s'attache surtout à l'étude des processus généraux, mais les auteurs ont eu le soin constant de mettre en parallèle l'anatomie et la physiologie pathologique. Une illustration abondante et en tous points remarquable facilite la lecture de cet ouvrage.

Les médecins et les travailleurs de laboratoire sauront y trouver des notions d'acquisition récente et les éléments leur permettant de se remémorer certains faits nécessaires à la compréhension des problèmes pathologiques. — M. L. S

Le Livre Blanc, formulaire médical 1944. Aux Editions Henri Perrier, 3, rue Aubriot, Paris (IVe). Prix : 60 fr. Envoi par poste contre remboursement : 72 francs.

1.310 pages qui condensent sous un format resté maniable un ensemble de renseignements du plus grand intérêt pour le médecin :

— Revue des thérapeutiques nouvelles, par MM. le Professeur Harvier et le docteur Perrault ;

— Consultations médicales, comprenant une présentation des spécialités pharmaceutiques sélectionnées et classées par maladies d'après leur composition ou leur mode d'action ;

— Enumération intégrale présentée en deux classements de spécialités inscrites au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, avec indication de la catégorie de remboursement par les Assurances Sociales ;

— Une série de renseignements divers sur les stations thermales, etc.

Le « Livre Blanc 1944 », par l'originalité de son plan, la rigueur de ses classements, l'abondance de ses renseignements, reste l'auxiliaire indispensable du praticien en clientèle.





Dépôt légal 1944 : 1er trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. LE SOURD. 3-1944. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 1er trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Les restrictions portant sur la consommation de l'électricité ont amené une réduction importante des heures de travail des imprimeries. Notre journal peut, de ce fait, subir des retards dont nous nous excusons d'avance auprès de nos abonnés.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'internat en médecine (1943).

ORAL. — Séance du 11 février 1944. — *Questions posées:* Les phlegmons du plancher de la bouche. Accidents du traitement novarsenobenzolique.

Notes. — Mme Picard, née Delmas, 14; MM. Denis, 20; Lemoine, 15; Daffos, 25; Spriet, 25; Bétourné, 18; Prévost, 23; Bonnette, 21; Legendre, 25; Mme d'Hespel, née de la Bourdonnais, 17.

ORAL. — Séance du 3 mars 1944. — *Questions posées:* Formes cliniques des hernies ombilicales. Signes, diagnostic et traitement du chancre syphilitique génital chez l'homme.

Notes. — MM. Tchekhoff, 19; Leclercq, 13; Hummel, 10; Oeconomos, 22; Lapresle, 22 1/2; Nicolaïdis, 15; Legrand, 22 1/2; Marchand, 17; Maigne, 26.

ORAL. — Séance du 6 mars 1944. — *Questions posées:* Les fistules de la région anale. Signes, diagnostic et traitement de l'érysipèle de la face.

Notes. — MM. Verdoux, 10; Maurin, 14; Gaucby, 14; Rongier, 11.

ORAL. — *Epreuve supplémentaire du 7 mars 1944. Petit concours pour la place de premier.*

Questions sorties: Plaies du cœur. Acromégalie.

Notes. — M. Contamin, 29 1/2; M. Houdard, 30.

Concours des mobilisés.

ORAL. — Séance du 6 mars 1944. — *Questions posées:* Signes, diagnostic et traitement du sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Diagnostic de la fièvre typhoïde non compliquée, au deuxième septenaire.

Notes. — M. Trélat, 19; Pillot, 13; Laham, 19 1/2; Mlle Benon, 17.

Répartition dans les Services hospitaliers des internes et des externes en médecine pour l'année 1944-1945. — La répartition aura lieu à l'*Hôpital Laennec* (salle des consultations des spécialités), 42, rue de Sèvres :

Pour les internes, les 3, 4 et 5 avril, à 15 h.
Pour les externes en premier, le 6 avril, à 15 h.
Pour les externes, du 19 au 28 avril, à 14 h. 30.
Consulter les affiches pour l'ordre d'appel.

Concours de l'internat en pharmacie. — *Jury:* MM. Lachaux, Poirot, Crut, Goris Albert, pharmaciens des hôpitaux; Bailly, pharmacien de ville.

Concours de médecin des hôpitaux (1944). — *Sous-admissibilité* (12 places): 1. M. Lesobre; 2. M. Lamotte (Michel); 3. M. Fauvert; 4. M. Brissaud; 5. M. Pautrat; 6. M. Tardieu; 7. M. Nouaille; 8. M. Claisse; 9. M. Sallet 10. M. Bour; 11. M. Eck; 12. M. Aussanaire.

Concours de médecin des hôpitaux (1944). — *Admissibilité définitive* (9 places). — Jury : MM. les docteurs Justin-Besançon, Faure-Beaulieu, Huber, Brodin, L. Ramond, Lamy, Henri Grenet, Pasteur-Vallery-Radot, Degos, Chabrol, Coste, Tinel.

Concours de chirurgien des Hôpitaux (1er *concours* 1944) (une place). — *Jury :* MM. Baumgartner, Cadenat, Redon, Charrier, J. Berger, Funck-Brentano, Sénèque, Huet, Bazy, Aurousseau, chirurgiens; Léchelle, médecin.

Concours d'oto-rhino-laryngologie (1 place). — M. Loiseau a été nommé.

Concours d'assistant en chirurgie (5 places). — Ont été nommés: MM. Olivier Monod, Barcat, Debeyre, Adam, Lascaux.

Faculté de Médecine de Paris.

Vacance de la chaire d'hygiène. — Par arrêté en date du 26 février 1944 (*J. O.* du 12 mars 1944), la Chaire d'hygiène de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Tanon, retraité), est déclarée vacante.

Chaire de pathologie chirurgicale. — M. Brouet, agrégé, est chargé d'enseignement.

Facultés de province.

Lille. — M. Swynghedauw, professeur de clinique chirurgicale infantile, est transféré dans la Chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité en remplacement de M. Delannoy, transféré.

Lyon. — M. Bertrand, agrégé, est nommé à titre provisoire professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. Patel retraité.

Ecoles de médecine.

Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale s'ouvrira, le mercredi 4 octobre 1944, devant la Faculté de Médecine de Paris.

Secrétariat d'Etat à la Défense.

Un concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé à Lyon s'ouvrira les 13 et 14 juin 1944. A Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse et Clermont-Ferrand pour la zone Sud. A Paris, Bordeaux et Rennes pour la zone Nord (épreuves écrites).

L'oral aura lieu à Lyon dans la deuxième quinzaine de juillet (60 places en médecine, 12 en pharmacie). Concours ouvert aux étudiants A. P. M.; 4, 8 et 12 inscriptions, aux stagiaires en pharmacie et étudiants à 4 et 8 inscriptions. Inscription du 1er avril au 31 mai, Direction Service Santé Royat.

Santé Publique.

Inspection de la Santé. — Mlle la doctoresse Schweisguth est chargée des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire dans le département du Rhône.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Langeard, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord), a été nommé médecin directeur du Sana de la Grotte Saint-Bernard (Charente).

Conseil permanent d'hygiène sociale. — M. le professeur Marquis, directeur du Centre régional de lutte contre le cancer de Rennes, est nommé membre de la 4e section (cancer) du Conseil permanent d'hygiène sociale.

La relève des médecins prisonniers. — La direction du Service de Santé nous communique quelques chiffres qui montrent l'effort national considérable fourni par le corps médical: 466 médecins d'active qualifiés ont effectivement remplacé 84 médecins d'active et 382 médecins de réserve en service dans les Oflags et les Stalags. A ces 466 médecins militaires se sont joints 112 médecins civils dont 29 volontaires et 83 requis par le Secrétariat d'Etat à la Santé.

Il n'y a rien à ajouter à ces chiffres qui montrent mieux que des commentaires l'importance de l'effort cordialement consenti.

Académie des sciences. — M. Remlinger (de Tanger), a été élu membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Sabrazès (de Bordeaux), décédé.

— M. le professeur Policard (de Lyon) a été élu membre correspondant dans la section d'anatomie et de zoologie.

A la mémoire d'Edouard Branly. — Une plaque commémorative a été apposée le 24 mars dernier, par les soins de la Ville de Paris, sur l'immeuble sis 87, boulevard Saint-Michel, où Branly a vécu et où il est mort.

La cérémonie a eu lieu sous la présidence d'honneur de M. Abel Bonnard, ministre secrétaire d'Etat à l'Education Nationale, en présence de M. René Bouffet, préfet de la Seine, de M. Amédée Bussière, préfet de police, et de M. Pierre Taittinger, président du Conseil municipal.

Médecine et famille. — Une réunion de travail a rassemblé récemment, sous la présidence du docteur Georges Labey, membre de l'Académie de Chirurgie, les adhérents de l'Association des

Médecins amis de la famille et des familles nombreuses médicales.

Après un hommage ému rendu par le président à la mémoire du professeur Nobécourt, le secrétaire général, passa à l'examen de nombreux sujets soumis à l'étude des adhérents.

Le manque de place ne nous permet d'en signaler que quelques-uns.

Les volontaires pour la protection maternelle et infantile fut l'objet d'un rapport du docteur Le Lorier.

L'enseignement démographique fut rapporté par le docteur Rime.

Parmi les autres questions, l'*assurance rente éducation* et les *allocations familiales* furent l'objet d'importantes communications.

La prochaine réunion aura lieu le dimanche 14 *mai* et sera précédée d'une cérémonie religieuse pour les défunts du corps médical, du service de santé et en l'honneur des familles nombreuses, spécialement des mères titulaires de la médaille de la famille française.

Nous engageons les confrères désireux de se documenter à s'adresser au *Secrétaire Général de Médecine et Famille*, notre excellent confrère et ami Renaudeaux, 28, place Saint-Georges, Paris-9e.

Association professionnelle des journalistes médicaux. — Notre excellent confrère Molinéry vient d'être élu à l'unanimité membre correspondant national de l'Académie des Sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse. Nous lui adressons nos très amicales félicitations.

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'assemblée générale annuelle de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant et des Centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel, a eu lieu le 9 mars 1944, au siège social, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris-6e, sous la présidence du docteur de Parrel. La fondatrice-directrice générale, Mme Louise Matha, a présenté un rapport très documenté sur les activités des organisations médico-sociales de l'Œuvre. Plus de 100 enfants ont fréquenté chaque jour le Centre; plus de 50.000 séances de rééducation plurivalente ont été données en 1943.

U. M. F. I. A. — *Prix de l'internat toulousain.* — Le prix de l'internat toulousain, décerné chaque année au meilleur mémoire écrit par un interne en exercice, est porté de 300 francs à 1.000 francs. Le sujet en est donné chaque année par M. le professeur Garripuy, doyen de la Faculté et président du groupe local de l'*U. M. F. I. A.*

Le Caducée rouge. — On sait que la loi du 4 juillet 1939 a réservé l'emblème de la Croix-Rouge au Service de Santé militaire et à la Croix-Rouge française.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé, en accord avec l'Ordre des médecins, a créé un emblème donnant aux médecins et aux ambulances les avantages d'un coupe-file. C'est le caducée rouge, que les médecins peuvent arborer sur leur voiture à l'exclusion de tout autre signe et notamment de la croix rouge interdite.

Création d'un prix Paul Métadier.

Voici bientôt dix ans, M. Paul Métadier avait pris l'initiative d'un mouvement d'opinion tendant à associer le corps pharmaceutique à la défense des végétaux cultivés, constamment menacés par les insectes et les maladies. Ce mouvement n'a cessé de se développer. Il a abouti à la constitution d'une Association Nationale, de chaires d'enseignement et à la collaboration effective de centaines de pharmaciens à une grande œuvre d'intérêt national.

Afin d'encourager les études capables d'apporter des améliorations tangibles à la question vitale de notre alimentation, M. Paul Métadier a fait un don de 300.000 francs à la Faculté de Pharmacie de Paris, don accepté par le Conseil de la Faculté de Paris en sa délibération du 20 janvier 1944. Les arrérages en seront consacrés à la création d'un prix annuel de 10.000 fr.

Cette première année, le prix a été attribué à M. Lepesme, docteur en pharmacie, chef de travaux au Laboratoire de Zoologie de l'Institut National Agronomique, pour sa thèse : « Les coléoptères des denrées alimentaires entreposées ».

Institut de Droit comparé.

A la commission de Droit pénal, la session consacrée à l'enfance délinquante s'est ouverte par un exposé médical du docteur d'Heucqueville.

Sur des exemples de malades, il a passé en revue les causes des délits de mineurs et les méthodes de prévention qu'il utilise.

Il a mis ses auditeurs en garde contre les explications trop faciles par la psychologie ou les influences extérieures: seule la voix du sang est assez puissante pour appeler au crime un enfant.

Mais les tares héréditaires ne sont jamais fatales: elles ne se traduisent en délit que chez les fils de tuberculeux ou d'alcooliques, les enfants malades ou mal élevés; aux médecins et aux Pouvoirs publics d'en tirer les conséquences.

ORDRE DES MEDECINS

Le Ministre de la Santé et de la Famille a adressé au Président une lettre dont nous reproduisons les passages essentiels:

SECRÉTARIAT D'ETAT
A LA SANTÉ ET A LA FAMILLE

Lettre non datée, reçue le 14 mars 1944.

Monsieur le Président,

La gravité de la question de l'approvisionnement en lait m'incite à vous demander de faire connaître aux praticiens certaines données du problème.

. . . .

Lait condensé. — En 1942, la consommation de la France métropolitaine avait absorbé 530.786 caisses. En 1943, les fabrications pour la France furent portées à 747.184 caisses présentant une augmentation de 40 % des ressources par rapport aux deux années antérieures, mais la consommation atteignit 741.300 caisses, interdisant tout stockage de sécurité.

Des mesures sévères étaient donc indispensables pour réduire la consommation. Vous les connaissez :

— Réserver le lait concentré aux enfants intolérants au lait frais jusqu'à neuf mois, sans accorder aucune dérogation.

— Réduire la ration de lait frais des enfants de plus de 18 mois pour faciliter l'approvisionnement des condenseries.

— Fermer quelques usines fromagères et beurreries.

Il est possible que dès la saison chaude pendant laquelle la production laitière augmente notablement, des atténuations soient apportées à ces prescriptions rigoureuses.

Lait frais. — Pour développer la fabrication du lait concentré à l'époque de moindre lactation, les attributions de lait frais aux enfants de 18 mois à 6 ans ont été diminuées de 30 %. Mais le même sacrifice n'a pas été imposé aux adultes qui bénéficient de régimes comportant du lait. Or, leur proportion par rapport à la population générale n'est pas négligeable, et elle ne cesse de croître, en ce qui concerne le régime II. Au 1er janvier 1942, 41.237 personnes étaient soumises au régime lacto-végétarien. Au 1er octobre 1943, leur nombre atteignait 341.000. Ce nombre était passé dans certains départements par exemple: de 288 à 8.670, de 133 à 3.803, de 210 à 3.197. Dans d'autres départements, tributaires de régions éloignées pour le lait, 5,80 %, 5,41 % de la population totale étaient placés sous le régime II.

Il tombe sous le sens qu'en 18 mois, le nombre de « malades » subitement astreints au régime lacto-végétarien n'a pas progressé dans la proportion de 1 à 10, 1 à 30 et 1 à 40.

Par contre, les disponibilités en lait pour servir ces régimes ne se sont guère accrues, malgré tous les efforts du Ravitaillement général. La rupture d'équilibre était fatale si les médecins continuaient à ordonner des régimes II. Elle s'est produite.

Un certain nombre de cartes de lait ne peuvent plus être honorées, d'autant moins que, du fait de la réduction de disponibilités en lait concentré, la priorité doit être accordée aux enfants pour la distribution du lait frais.

En outre, les services du Ravitaillement me signalent, avec des indications très précises, que le nombre des régimes I est, lui aussi, en progression considérable.

La nécessité s'impose de revenir à des procédés normaux, dont le premier est de ne distribuer que ce que l'on a. J'étudie, de concert avec le Ravitaillement général, le moyen pratique de faire remettre chaque mois à la disposition de chaque collège départemental de l'Ordre, un certain contingent de régimes comportant du lait que les médecins pourraient attribuer à leurs malades, sous le contrôle étroit du Collège départemental.

Le Secrétaire d'Etat,
R. GRASSET.

Rationnement du lait.

Les efforts du Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine ont abouti à la promesse ferme de la part des services du ravitaillement: 1° de rétablir dès le mois d'avril, la ration de lait complet des enfants qui avait été diminuée de 250 gr.; 2° pour le *lait condensé :* le contrôle des certificats sera désormais assuré par le Conseil de l'Ordre. Les mères de famille éviteront donc de ce fait d'exposer leurs enfants aux risques de la contagion par promiscuité et verront réduites au minimum les fatigues de leurs déplacements et de leurs attentes. Nous demandons à nos confrères de comprendre la portée d'une telle décision qui affirme l'efficacité de notre union corporative, et nous les prions de nous aider dans notre tâche en réservant *exclusivement* leurs prescriptions de lait condensé *aux cas judicieusement sélectionnés par eux.*

Dr. B. LAFAY.
Secrétaire Général du Conseil de l'Ordre.


BOLDINE
HOUDÉ
Foie
BOLDINE HOUDÉ
DERUFFE
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu. PARIS-10e

A propos d'une petite Statistique d'Avortements

par MM. Chalnot et Pietra (de Nancy).

Cette statistique de cent cas représente la totalité des avortements traités dans un Service de Chirurgie de la Faculté et des Hôpitaux de Nancy, pendant la période comprise entre le 1er octobre 1937 et le 1er février 1943. L'année 1940 est exclue en l'absence d'observations pendant cette année de guerre.

Ces cas se répartissent de la façon suivante :

— aucun pendant les trois derniers mois de 1937,
— 14 en 1938,
— 21 en 1939,
— 29 en 1941,
— 33 en 1942,
— 3 pendant le mois de janvier 1943.

Les causes de cette augmentation impressionnante du nombre des avortements sont multiples. Il faut y voir, sans aucun doute, une conséquence directe des conditions sociales, morales et matérielles particulières, créées dans le pays par la guerre.

Nous avons remarqué, sans l'expliquer du reste, que c'est à deux époques assez précises, au début du printemps et au début de l'automne que les cas sont les plus nombreux.

Age de la Grossesse. — Au delà du 5e mois, aucun avortement ne figure dans notre statistique. Ce n'est pas dire qu'ils soient exceptionnels, mais à cette période de la gestation, les femmes ne sont plus reçues à la Clinique Chirurgicale, mais à la Maternité.

Sur les 100 cas observés, nous relevons :

— 11 avortements de 1 mois,
— 21 de 1 mois 1/2,
— 24 de 2 mois,
— 12 de 2 mois 1/2,
— 17 de 3 mois,
— 2 de 3 mois 1/2,
— 6 de 4 mois,
— 2 de 4 mois 1/2,
— et enfin 3 de 5 mois.

Le plus grand nombre d'avortements se produit donc entre un mois et demi et trois mois, avec une fréquence maximum à deux mois.

Causes et conditions favorisantes. — Les recherches étiologiques en matière d'avortement sont et resteront toujours très complexes. En milieu hospitalier, où le secret ne lui semble pas toujours garanti, la femme nie souvent les manœuvres abortives ou fournit des renseignements volontairement erronés. Souvent aussi les complications, réclamant un traitement immédiat, font passer au second plan toute préoccupation étiologique. Les statistiques que nous avons consultées et celle que nous présentons le prouvent amplement. En effet, sur nos 100 observations, on trouve 21 fois seulement le recours à des manœuvres abortives, 7 fois un état pathologique antérieur, 72 cas enfin sont d'étiologie incertaine. Il semble cependant que la majeure partie de ces derniers doive être attribuée à des causes criminelles.

En résumé donc :

— 28 cas sont sûrement provoqués ;
— 72 cas d'étiologie incertaine ;
— 7 cas seulement relèvent de causes pathologiques.

Retenons parmi elles : un traumatisme accidentel provocateur indéniable, un diabète assez grave, un fibrome utérin, 2 statiques utérines vicieuses et 2 syphilis avérées.

Les 21 cas d'avortements provoqués avoués ont eu à leur origine des manœuvres variées. Dans un cas, l'avortement fut consécutif à l'introduction vaginale d'un comprimé de permanganate de potasse à 0 gr. 50. Dans 4 cas, on retrouve l'absorption de substances médicamenteuses, de la quinine à haute dose dans 3 cas et une fois une décoction d'armoise. Dans 7 autres cas, les femmes recoururent à des injections intra-utérines de liquides divers : 5 fois, il s'agit d'eau savonneuse, qui semble, si on ne la juge que par son efficacité, un excellent abortif. Une femme, qui avait avorté neuf fois en deux ans, nous a révélé que l'eau savonneuse seule était capable de déterminer l'expulsion de l'œuf, la sonde et toute autre injection restant constamment sans effet. Dans un cas, il y avait eu injection simple d'eau bouillie. Dans la dernière observation, la femme avait obtenu la réalisation de ses espérances grâce à une solution de permanganate de potasse à 0,50 pour 1.000. Dans les 9 derniers cas d'avortements provoqués avoués, les femmes avaient employé pour interrompre l'évolution de leur grossesse des moyens directs : sonde de gomme ou aiguille à tricoter introduites dans la cavité utérine.

Si nous étudions les 72 cas d'avortements d'étiologie obscure, 45 ont été fébriles et 27 apyrétiques lors de leur entrée à la clinique. Si on admet ce postulat que tout avortement fébrile doit être considéré comme suspect de manœuvres, on peut estimer que les deux tiers des cas envisagés dans notre statistique relèvent d'une étiologie criminelle.

Situation sociale et familiale des femmes. — Sur les 100 cas d'avortements envisagés, il y a eu 78 femmes mariées, 20 célibataires, 1 veuve et 1 divorcée. Parmi les femmes mariées, 65 avaient une moyenne de trois enfants. Parmi les célibataires, 17 n'avaient pas d'enfant, 3 étaient mère d'un enfant, la veuve en avait deux, la femme divorcée n'en avait pas.

Enfin, sur ces 100 femmes, 19 avaient déjà avorté, parmi lesquelles 17 femmes mariées et 2 célibataires.

Mortalité-Morbidité. — La mortalité a été nulle. Il s'agit donc d'une série heureuse bien que plusieurs cas se soient présentés avec des symptômes graves rappelant ceux décrits par M. Mondor. Par contre, nous décrirons comme cas morbides tous les avortements qui se sont accompagnés de complications immédiates infectieuses ou hémorragiques intenses.

1° *Morbidité et étiologie.* Sur 100 cas, 13 seulement eurent des suites immédiates troublées par des complications infectieuses d'allure sérieuse. La morbidité est de 0 % pour les avortements relevant de causes pathologiques, de 24 % dans les avortements provoqués, les avortements suspects de causes étiologiques mal définies accusant une morbidité de 12,5 % ;

2° *Morbidité et âge de la grossesse.* Il ne semble pas que l'âge de la grossesse intervienne, car nous avons relevé des complications aussi bien après des avortements d'un mois qu'après des avortements du cinquième mois ;

3° *Morbidité et situation familiale.* La morbidité est particulièrement élevée chez les femmes mariées, puisque 12 d'entre elles présentèrent des complications, alors que nous ne trouvons qu'une seule célibataire. Parmi les femmes mariées, ce sont les multipares qui paient le plus lourd tribut ;

4° *Morbidité en raison de l'âge.* Si nous recherchons l'âge moyen des femmes qui ont présenté des accidents infectieux consécutifs à leur avortement, nous trouvons : 9 malades entre vingt et vingt-huit ans, 4 entre trente-quatre et quarante et un ans ;

5° *Morbidité et traitement.* Si enfin, étudiant l'influence de la conduite thérapeutique sur la morbidité, nous constatons que, sur les 13 cas envisagés, 3 fois seulement un traitement chirurgical (curettage) avait été institué. Ainsi donc, il ne semble pas, comme certains ont pu le dire, que le traitement chirurgical par curettage soit le plus souvent responsable des complications fébriles graves.

Considérations thérapeutiques. — Sur les 100 cas envisagés, 65 furent traités chirurgicalement, 35 médicalement. Dans 46 cas, on a eu recours au curettage, 16 fois au curage digital. Un cas de perforation utérine a nécessité l'hystérectomie abdominale. Chez une autre malade, la pose d'une laminaire a déterminé l'expulsion spontanée du placenta restant. Enfin, chez une femme où l'examen gynécologique révéla une procidence, on a pratiqué l'extraction manuelle du fœtus sous anesthésie générale.

Tous les curettages ont été pratiqués sous anesthésie générale au mélange de Schleich, à l'aide d'une curette mousse, avec un minimum de traumatisme utérin et suivis d'une injection intra-utérine chaude d'eau stérile iodo-indurée. Dans un cas seulement, la dilatation par laminaire fut nécessaire.

Avortements de cause pathologique. Dans 7 cas d'avortement de causes pathologiques chez des malades apyrétiques et où les métrorragies constituaient le symptôme dominant, on est intervenu 5 fois par curettage et 2 fois par curage digital.

Avortements provoqués. Dans 21 cas d'avortements criminels, on a fait 7 curettages, 2 curages et 9 traitements médicaux. Dans les 3 autres cas, les indications furent toutes différentes, puisqu'une fois le fœtus fut extrait sous anesthésie générale et une perforation utérine nécessita une hystérectomie abdominale.

Cas d'étiologie douteuse. Dans 72 cas d'étiologie incertaine, le curettage fut pratiqué 32 fois, le curage digital 15 fois, les 25 autres cas furent traités médicalement.

Les curettages furent toujours pratiqués pour des accidents hémorragiques dus à des rétentions placentaires plus ou moins importantes.

Dans 14 de ces cas il existait une ascension thermique dépassant 39°. La dilatation fut toujours suffisante pour permettre une intervention correcte.

Les 15 curages digitaux, dont 2 furent précédés de la pose d'une laminaire, furent faits également pour des rétentions placentaires s'accompagnant de métrorragies et dans 4 cas d'une température oscillant entre 38°5 et 40°.

Le traitement médical adopté dans les autres cas s'est adressé surtout à des séquelles douloureuses ou infectieuses d'avortement ou encore à quelques cas de tentatives d'avortement faites sur des utérus non gravides.

Le repos au lit, la glace constituèrent dans tous ces cas la base du traitement. Contre l'infection, le Rubiazol fut donné préventivement à la dose de huit comprimés par jour pendant deux jours.

A titre curatif, Dagenan, Soludagenan et dans les dernières années Thiasomide, furent les antiinfectieux de choix. Le vaccin polyvalent de Delbet fut employé dans les cas où la formation d'une collection suppurée fut redoutée ou suspectée. Enfin, la transfusion sanguine dans un cas grave d'anémie aiguë a donné un remarquable succès.

Quant aux indications, nous avons suivi les règles suivantes :

1° Dans les avortements non compliqués : abstention, surveillance rigoureuse, médication, antiinfectieux préventifs ;

2° Dans tout avortement s'accompagnant d'accidents hémorragiques : curage ou curettage systématiquement ;

3° Dans les avortements compliqués avec température élevée, conduite éclectique :

a) si la malade est vue précocement : curage ou curettage immédiat ;

b) si la malade est vue plus tardivement et présente des hémorragies abondantes : révision utérine prudente ;

c) dans les cas à température élevée vus tardivement où il y a déjà des signes d'extension du processus infectieux, périmétrite, salpingite, pelvi-péritonite : abstention et traitement médical.

CONCLUSIONS

Le nombre des avortements est en progression constante. En effet, par rapport au nombre des entrées totales dans la Clinique chirurgicale A, il passe de 2 % en 1938 à 3,6 % en 1942 ; par rapport au nombre des cas gynécologiques, il passe de 11,2 % en 1938 à 20 % en 1942.

Les avortements criminels sont de plus en plus fréquents. Ils représentent environ 70 % du total des avortements.

La syphilis avérée ne s'est révélée responsable que dans 2 % des cas par rapport à la totalité des avortements, dans 30 % des cas par rapport aux avortements relevant de causes pathologiques.

Les deux tiers des avortements se rencontrent chez les femmes mariées qui ont eu en moyenne plus de trois enfants. Chez elles, les deux tiers des avortements sont provoqués. Plus de la moitié des cas traités dans les hôpitaux sont des avortements fébriles.

La morbidité n'est pas influencée par l'âge de la grossesse interrompue, elle l'est au contraire par les causes étiologiques déterminantes. Nulle pour les avortements de causes pathologiques, elle est d'un quart dans les avortements criminels.

Le traitement chirurgical par curage ou curettage appliqué dans les deux tiers des cas a été constamment suivi d'effet favorable, mais c'est l'éclectisme de la conduite thérapeutique, croyons-nous, qui a permis d'enregistrer une morbidité faible et une mortalité nulle dans cette statistique, certes peu étendue, mais groupant tous les cas observés en cinq ans dans un même service et soumis aux mêmes directives thérapeutiques.

LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE L'ÉRYTHRODERMIE ARSENICALE

par MM. E. Vanhaecke, A. Breton et A. Guidoux
(de Lille).

Il n'entre pas dans nos intentions de soulever ici, une fois de plus, la question déjà tant débattue de l'origine infectieuse, allergique ou toxique des érythrodermies arsenicales.

Bien que notre tendance propre soit de mettre cet accident au compte de l'intoxication novarsenobenzolique, nous admettons bien volontiers que ce facteur n'est pas le seul en jeu et qu'il faut ménager à côté de lui une place importante à d'autres causes multiples intrinsèques ou extrinsèques parmi lesquelles le terrain joue un rôle de premier plan. L'érythrodermie n'est pas, en effet, un accident toxique vrai, en ce sens qu'elle ne se produit pas obligatoirement chez tous les sujets soumis à l'arsenothérapie. Suivant l'expression de Jausion (1), ce n'est pas un accident « d'intoxication obligatoire » mais « d'intoxication facultative », ne se produisant que chez certains sujets prédisposés. Le problème qui se présente à nous va donc se résumer à l'étude de cette prédisposition et de ses causes.

Il est possible de dire que l'érythrodermie, quel que soit l'aspect sous lequel elle se présente, est une réaction cutanée dominante. Ses manifestations localisées en dehors du revêtement cutanéo-muqueux ne sont qu'accessoires et inconstantes ; nous croyons pouvoir les négliger. Centrons donc notre étude sur l'atteinte de la peau et de ses annexes et cherchons rapidement quel en est le motif.

Introduit dans l'économie sous forme de novarsenobenzol, l'arsenic va circuler dans le milieu intérieur pendant un laps de temps relativement court, puis être fixé par les cellules douées au plus haut degré du pouvoir xénopexique, nous voulons parler du S. R. E. (système réticulo-endothélial).

C'est alors qu'intervient la notion — à notre sens majeure — de la division du S. R. E. en secteurs. Le mésenchyme actif est, en effet, inclus en grande partie dans divers organes ou appareils de valeurs différentes dont certains, comme le foie, sont des plus importants. Partout, il jouit des mêmes propriétés fondamentales, mais les modalités de son fonctionnement sont influencées par le jeu des organes ou appareils qui servent de support à ses cellules. Que ceux-ci présentent un trouble physio-pathologique, il retentira sur les histiocytes voisins. Il y a donc inter-réaction, équilibre et balancement fonctionnel entre les divers secteurs.

L'arsenic emmagasiné dans le S. R. E. voit sa répartition modifiée suivant la potentialité de fixation et la richesse en éléments histiocytaires des divers secteurs réticulo-endothéliaux. Quand la capacité xénopexique de tel organe vient à diminuer, tout ou partie du toxique qu'il renferme est rendu à la circulation et viendra s'accumuler en excès dans tel autre secteur. Si cette surcharge est trop considérable ou trop prolongée, il s'ensuivra des modifications importantes atteignant, par delà le mésenchyme actif, le système vaso-moteur sympathique, dont le S. R. E. est l'épanouissement (Rivallier (2) et engendrant la paralysie vaso-motrice chronique qui caractérise pour Milian le syndrome érythrodermique (3).

Il résulte de ces considérations qu'un double problème pathogénique va se poser : d'une part, pourquoi l'atteinte cutanée est-elle en quelque sorte élective, d'autre part quelles sont les causes qui amènent le déplacement de l'arsenic emmagasiné.

A la première de ces questions nous ne sommes pas encore en mesure de répondre d'une manière satisfaisante, mais les éclaircissements que nous pouvons fournir relatifs à la seconde nous paraissent susceptibles de jeter un jour singulier sur l'ensemble de la pathogénie des érythrodermies arsenicales et pourraient même s'étendre aux accidents toxiques cutanés tardifs des diverses chimiothérapies.

Nous avons eu l'occasion de signaler (4) le déplacement d'arsenic consécutif à l'usage des chimiothérapies, secondes à l'arsenothérapie, réalisant un « contre-blocage » thérapeutique du S. R. E. L'action de ces corps, et en particulier du bismuth, se traduit par l'apparition ou la réapparition d'arsenic dans le sang à des taux élevés, alors que les dosages antérieurs n'en montraient que des quantités faibles ou nulles. On comprend alors aisément comment l'arsenic, issu de secteurs profonds, circulant en quantité importante, peut venir imprégner au delà de leur capacité vitale les éléments réticulo-endothéliaux constituant l'endothélium vasculaire. Ces cellules, excitées d'abord, gonflent et se divisent, tombant alors dans la lumière du vaisseau (inflammation desquamative, Max Vauthey), puis leur pouvoir de multiplication étant épuisé elles cessent de jouer leur rôle protecteur et l'arsenic peut alors pénétrer dans l'intimité des tissus lésant en particulier le système nerveux sympathique endo puis périvasculaire que normalement il ne peut atteindre [Jimenez de Asua et Kuhn (5)]. Ce sont ces altérations nerveuses qui entraînent les désordres vasculaires perceptibles particulièrement au niveau du revêtement cutané.

A l'appui de la thèse du déclenchement par le bismuth d'une érythrodermie arsenicale, nous pouvons fournir une observation particulièrement démonstrative :

« Une prostituée de 23 ans, Gol...... Marcelline, est soumise à l'arsénothérapie qui, après un érythème dit du 9e jour (apparu le 3e jour de la série) amène d'importantes réactions générales. Grâce à notre technique de novocaïnisation pré-arsenicale (6) la tolérance immédiate est améliorée et on peut, au total, pratiquer 3 séries (14 gr. 25 de novarsénobenzol). Mais, 4 jours après la fin de la cure arsenicale, apparaît un subictère et un syndrome cutané fébrile qui, malgré une sulfamidothérapie précoce à doses élevées (8 gr. mi-soludagénan, mi-thiazomide) prolongée (170 gr.), évoluera vers une érythrodermie vésiculo-oedémateuse ne devenant relativement apyrétique qu'après 56 jours.

» L'intra-dermo-réaction au novar est, dès le début, très positive. Ayant quitté le service 90 jours après le début de son érythrodermie, Gol..... Marcelline doit se soumettre à la continuation de la bismuthothérapie que nous avions amorcée. Elle présente alors une nouvelle érythrodermie dont MM. Dumont et Desruelles (7), chez qui elle est hospitalisée, viennent à bout à l'aide des sulfamides. Les réactions cutanées au bismuth sont alors négatives, celles au novar restant fortement positives (7), constatation que nous avons pu vérifier encore après un an. Après guérison, une injection de novarsénobenzol déclenche une nouvelle érythrodermie rapidement jugulée par les sulfamides. S'appuyant sur les tests cutanés, MM. Dumont et Desruelles ont conclu à l'origine arsenicale de l'érythrodermie apparue après traitement bismuthique.

» Nous avons revu cette femme en septembre 1943 et avons pu faire apparaître de l'arsenic dans son sang après une injection veineuse de 10 cgr. de rose Bengale. Un laps de temps supérieur à un an s'était alors écoulé depuis la fin de l'arsénothérapie ».

Indépendamment du bismuth et d'autres chimiothérapies, on peut concevoir le rôle analogue d'infections ou de circonstances physiopathologiques.

On sait que le S. R. E. peut être lésé par une infection produisant le « blocage parasitaire » (Pittaluga) (8) qui diminue la capacité de fixation du S. R. E. vis-à-vis du toxique, en l'espèce l'arsenic. Inversement, la surcharge toxique diminue la résistance à l'infection. Ainsi un sujet infecté s'intoxiquera plus facilement et un intoxiqué sera une proie aisée pour l'infection. Il suffit d'avoir vu une érythrodermie fébrile pour vérifier ce fait.

L'infection ne doit pas nécessairement être générale, il suffit qu'elle atteigne un secteur profond du S. R. E. pour chasser l'arsenic vers le secteur cutané. La fréquence des subictères infectieux avant l'érythrodermie est bien connue.

Et même en dehors de toutes altérations pathologiques, une grossesse intercurrente peut amener une insuffisance hépatique relative assez accentuée pour expliquer la sensibilité des femmes enceintes au novar. Bien d'autres causes peuvent conduire au même effet : les écarts alimentaires, le surmenage, l'évolution cyclique du jeu des glandes endocrines peuvent retentir suffisamment sur un S. R. E. déficient pour amener, par l'extinction momentanée de l'un de ces secteurs, les accidents dus à la surcharge toxique de tel ou tel autre. Ainsi se comprend le rôle du foie dans le déterminisme de l'érythrodermie.

Aussi un traitement rationnel doit-il tendre à faire retrouver à l'ensemble du S. R. E. son activité normale. C'est ce que semble produire la sulfamidothérapie qui, en stimulant le S. R. E. abaisse le taux de l'arseniémie (9) et peut en outre agir sur l'infection qui vient compliquer l'érythrodermie toxique pure pour donner une forme mixte toxi-infectieuse dite vésiculo-oedémateuse. Encore faut-il, pour que la sulfamidothérapie soit efficace, qu'elle s'appuie sur un S. R. E. non complètement épuisé, sous peine de conduire seulement à une intoxication supplémentaire.

Aussi nous semble-t-il utile, à défaut d'un corps non toxique et qui augmenterait l'activité xénopexique du S. R. E., de songer davantage à la prophylaxie et d'explorer la valeur fonctionnelle du S. R. E. pour ajuster l'arsénothérapie à ses réactions.

---

(1) Jausion. — Congrès dermatologues et syphiligraphes de langue française, Lyon 1934.
(2) Rivallier E. — *Bulletin Soc. Franç. Derm. Syphil.*, 1939, 46, 804.
(3) Milian. — *Bull. Soc. Franç. Derm. Syphil.*, 1939, 46, 1252.
(4) Vanhaecke, Breton et Guidoux. — *P. Méd.*, 1943, n° 31, 451.
(5) Jimenez de Asua et Kuhn. — Soc. Biologie, tome II, 1928-99, p. 242, 1414, 1511.
(6) Vanhaecke, Breton et Guidoux. — *Bull. Soc. Franç. Derm. Syphil.*, 11, 6, 1942.
(7) Dumont et Desruelles. — Soc. Méd du Nord, 16, 4, 1943.
(8) Pittaluga. — *Bruxelles Médical*, 1938, 18, 330.
(9) Vanhaecke, Breton et Guidoux. — Soc. Biol. Lille, 14, 6, 1943.

THÉRAPEUTIQUE DES TROUBLES MENSTRUELS

A propos de quelques cas cliniques récents

Par J. Courtois (de Saint-Germain-en-Laye)

Troubles menstruels pubertaires et puberté retardée
Opothérapie complexe. Guérison.

Le 15 septembre 1942, Monique G..., 14 ans 1/2, lycéenne de troisième, nous est conduite parce que le médecin du lycée conseille de la surveiller : petite, mince, pesant 42 kilos, elle se plaint des deux fosses iliaques tous les mois, depuis 3 mois, mais n'est pas réglée. Ces douleurs sont augmentées par la gymnastique et s'accompagnent de leucorrhée jaunâtre et de pollakiurie. L'époque menstruelle est encore accusée par des étourdissements. Les seins sont normaux, de même la toison pubienne. L'utérus est petit, rétrofléchi. La voûte palatine est ogivale. L'examen de sang montre une légère anémie. Trois mois de suralimentation et de distilbène (20 mgr.), folliculine (5 mgr.), progestérone (10 mgr.) et d'extrait de foie amènent une menstruation régulière, dès mars 1943, qui continue normalement en décembre 1943.

Ménométrorragies pubertaires par hyperfolliculinisme avec petit utérus.
Echec de la testostérone. Succès de la progestérone

Le 24 septembre 1943, Thérèse D..., écolière de Poissy, 13 ans, nous consulte pour ménorragies graves. Elle fut réglée pour la première fois en mai 1943, trois à quatre jours, abondamment. En juin, pas de règles, mais un syndrome pseudo-méningé. En juillet et août, ménorragies importantes. A ce moment l'examen fut négatif, à part des troubles circulatoires des extrémités (du 14 au 17 juillet, les règles furent moyennement abondantes). Du 1er au 21 août, 21 jours de ménométrorragies excessivement importantes avec gros caillots. Un médecin prescrit K-thrombyl, calcium, progestérone. La progestérone ici agit mieux que ne l'avait fait la testostérone. Du 8 au 21 septembre, ménométrorragies très abondantes. Sous anesthésie, le toucher nous montre un utérus petit, rétroposé, un petit kyste de la lèvre postérieure du col; la biopsie d'endomètre ramène des débris jaunâtres succulents ; rien aux annexes. Isidor nous répond : endomètre épais enfermant de nombreuses glandes assez sinueuses à épithélium élevé dont les éléments sont tantôt sur un, tantôt sur plusieurs rangs. Leur cytoplasme est fortement chromophile, leurs noyaux sont souvent en mitose. Le chorion cytogène est assez fortement infiltré d'œdème et ponctué de petites infiltrations hémorragiques. En résumé : muqueuse dystrophique en réaction nettement hyperfolliculinique. Traitement par la progestérone amenant une menstruation normale. Ici l'hyperfolliculinémie avec endomètre épaissi coïncidait avec un petit utérus.

Dysménorrhée, hyperménorrhée, métrorragies postpubertaires.
Echec de la progestérone et de la testostérone.
Succès de l'opothérapie complexe

Le 14 mai 1943, une fleuriste de 18 ans et demi nous consulte pour règles en retard, très abondantes, très douloureuses, tous les mois, depuis environ trois ans, malgré les traitements essayés. Depuis des injections de lutéine naturelle, les règles sont plus régulières (5 à 6 jours tous les 36 jours), et plus rouges, mais accompagnées de caillots et de membranes, plus abondantes et horriblement douloureuses. Ces douleurs, du type des coliques pelviennes, surviennent huit jours avant les règles et durent les premières nuits. Les seins ne sont pas douloureux. Des pertes rosées persistent tout le mois entre les règles, mêlées de leucorrhée. La jeune fille se plaint de fortes céphalées continues et d'un léger amaigrissement. L'utérus douloureux, de volume normal, est antéfléchi à l'extrême, mobile. Le cul-de-sac droit est très douloureux. Le 22 juin 1943, la malade a eu 120 mgr. de testostérone et 10 mgr. de progestérone en un mois. Les pertes rosées ont disparu ; la leucorrhée a augmenté ; les règles ont six jours de retard et ont été moins douloureuses. Une douleur continue a remplacé les coliques. L'utérus est encore un peu douloureux. Le 13 juillet 1943, après 120 mgr. de testostérone, les règles ont retardé de trois semaines et ont été tellement douloureuses qu'elles furent accompagnées de 5 lipothymies. Contre les douleurs en barre de l'abdomen, sédol et spasmalgine ont échoué, l'algocratine a eu une légère influence. Les pertes rouges ont toujours disparu, les pertes « crème » persistent. L'utérus et antéfléchi, mobile, gros comme abricot, mandarine. Le 10 août 1943, après 10 mgr. de distilbène, 5 mgr. de folliculine, 20 mgr. de progestérone, les règles sont survenues 4 jours d'avance, sans aucune douleur; la leucorrhée a disparu ; les pertes rouges aussi. L'utérus antéfléchi, mobile, peu douloureux, est gros comme une noix. Les culs-de-sac ne sont plus douloureux.

Dysménorrhée sévère : échec des antispasmodiques et de la progestérone
Succès de la testostérone

Le Dr Claude Weyl nous envoie une femme de 32 ans avec les renseignements suivants : « Dysménorrhéique depuis la formation (à 14 ans), soit depuis 18 ans. Crises douloureuses abdominales violentes le premier jour des règles qui sont très abondantes et durent 6 jours et s'accompagnent de nausées. Très souvent la malade est obligée de s'aliter. Les règles sont précédées de douleurs mammaires assez vives. Pas de déséquilibre neuro-végétatif; échec du traitement belladone, ergotamine, bellergal. » On pense donc à un syndrome hyperfolliculinique. Le traitement par 50 mgr. de progestérone par mois amène une légère sédation. Nous conseillons 40 mgr. d'acétate de testotérone. Ce traitement amène, dès la première injection, la disparition complète des douleurs abdominales et de tout le syndrome dysménorrhéique qui l'accompagnait. Seule persiste une légère douleur mammaire prémenstruelle. Il est probable que la date optimum de l'injection (seconde partie du cycle) n'a pas encore été très nettement précisée. Le mois suivant, l'injection de 40 mgr. de testostérone est pratiquée le 18e jour après le début des règles : disparition totale de toute douleur.

Infection génitale. Oligoménorrhée. Dysménorrhée avec dysurie
Fibromatose utérine. Ovarite scléro-kystique avec dystutéinisme.
Troubles hypophysaires. Insuccès opératoire partiel
Succès de la progestérone.
Utérus fibromateux gravide et kyste endométrioïde lutéinisé de l'ovaire
Intervention

Mme C..., 30 ans, consulte le 28 novembre 1941, au 5e mois de sa deuxième grossesse. Elle a accouché, en 1935, à Caen, normalement, un mois avant terme, d'une fille vivante. Une infection purpérale s'ensuivit qui laissa une infection métro-salpingée. Deux cures d'Uriage firent revenir les règles en 1938, mais très peu abondantes, et avec tendance à la dysménorrhée. La seconde grossesse évolue normalement ; elle s'accompagne cependant de céphalée, d'insomnie, d'amaigrissement, de pesanteur lombo-abdominale avec douleur du flanc droit et cystite avec pollakiurie. Le 17 février 1942, elle accouche très rapidement, 15 jours avant terme. La tête fœtale est très mal ossifiée. Depuis, pour troubles des règles, un médecin de Bezons lui a fait 60 mgr. de folliculine en moins d'un an. Les règles sont survenues tous les mois mais excessivement pauvres. En janvier 1943, elles sont remplacées par de terribles douleurs lombaires et vésicales (avec miction douloureuse) durant quatre jours et provoquant des étourdissements, des lipothymies, des chutes par syncope. Amaigrissement net.

Le 5 février 1943, nous trouvons un utérus de volume normal, dur, antéfléchi, mobile, indolore, avec un minuscule nodule fibromateux de la face antérieure de l'isthme. L'ovaire droit est gros et kystique. On prescrit 20 mgr. de progestérone en deux mois. Les règles reviennent très pauvres. Les malaises disparaissent en grande partie. La miction est encore douloureuse; la vulve est œdématiée. Les urines sont troubles mais ne contiennent ni pus, ni albumine. Le kyste de l'ovaire droit est douloureux. Petite laparatomie (Courtois, Mauviel), le 26 mai 1943 : Décollement péritonéo-vésical; myomectomie du petit fibrome de l'isthme. Suture utérine, par-dessus laquelle on rabat le plan vésico-péritonéal. On découvre alors plusieurs fibromes de la face postérieure de l'utérus. On enlève alors un lambeau fusiforme vertical de toute la face postérieure de l'utérus, du fond au col, et comprenant un myome de l'isthme et plusieurs du corps. Suture par 2 plans de capitonnage. Au niveau de l'ovaire droit, on ôte un gros corps jaune kystique et on ouvre de nombreux kystes folliculaires ou lutéiniques. L'ovaire gauche, plus petit, montre les mêmes lésions : résection partielle. Les règles surviennent du 7 au 9 juillet, puis le 10 et 11 août, indolores, mais accompagnées de bouffées de chaleur, de frissons, d'étouffements, de sensations de constriction de la région thyroïdienne. Elle souffre moins de douleurs pour uriner. L'utérus, gros comme un abricot, est antéfléchi, mobile, indolore. L'ovaire droit, à bout de doigt, est un peu globuleux, peu douloureux. La trompe gauche, semblable à un crayon dur, est très douloureuse. Au toucher, douleur de cystite. Neuf séances de diathermie et huile de Haarlem. Les règles surviennent le 7 septembre 1943, sont rouges, beaucoup mieux, mais ne durent que quelques heures. Elles sont précédées d'une céphalée terrible. Les bouffées de chaleur persistent et s'aggravent d'algies auriculaires, de fourmillements et d'engourdissements avec œdème des membres inférieurs, de doigt mort. Le 14 septembre 1943 l'utérus, de volume normal, est antéfléchi, mobile, indolore. L'ovaire droit est un peu gros, globuleux, légèrement douloureux. L'ovaire gauche est gros et douloureux. On ne perçoit plus la trompe gauche. Une biopsie d'endomètre, 10 jours après les règles (Isidor) montre : une réaction folliculinique normale et 4 jours avant les règles : une ébauche de réaction lutéinique avec légère persistance de l'influence œstrogène. Traitement par antéparsine, testostérone, progestérone. Amélioration. Les céphalées et malaises évoquent ici un trouble hypophysaire primordial. La principale cause de tout cet ensemble pathologique semble bien être l'infection puerpérale qui a succédé au premier accouchement.

Quel rapport existe-t-il entre la fibromatose utérine et les lésions de l'ovaire? Nous verrons en contribution à l'étude de ce point particulier, un deuxième cas : IIIe femme de 30 ans, ayant fait de l'éclampsie au premier accouchement. Nous intervenons, au terme de trois mois, lors de la 3e grossesse, pour kyste gauche résistant, douloureux, douleurs épigastriques et pelviennes avec vomissements, frissons et fièvre à 38°. L'utérus gravide, gros comme pamplemousse, était bicorne et portait un semis de fibromes gros comme grains de café. Nous ôtâmes à gauche un kyste endométrioïde de l'ovaire en réaction lutéinique (Isidor) à contenu chocolat. Avortement.

Aménorrhée. Ménorragies alternantes postpubertaires
Ovarite scléro-kystique. Résection cunéiforme. Récidive.
Nouvelle résection subtotale et résection du nerf présacré. Amélioration

Mme L..., 20 ans, nous consulte parce qu'elle souffre de ménorragies importantes. Sa mère, bacillaire, a présenté les mêmes troubles abdominaux. Elle a été réglée à 16 ans. Depuis elle a des phases d'aménorrhée

qui peuvent atteindre trois mois et qui sont séparées par des ménorragies importantes et persistantes. En 1942, elle aurait été opérée d'appendicectomie et de résection cunéiforme des deux ovaires avec épilooplastie. Depuis, les ménorragies persistantes alternent avec des séries de règles normales. En février, mars, avril 1943, les règles furent normales. En mai, elles durèrent vingt jours, accompagnées d'anorexie, de nausées, de douleurs lombaires, abdominales, pelviennes. La malade est pâle, vertigineuse, hypotendue. Elle ne signale pour ainsi dire jamais de dysménorrhée dans le passé, mais par contre de la dyspareunie épisodique. L'utérus est de volume normal, rétroversé, dévié à droite ; le col est normal. Sur l'ovaire droit un gros kyste. Le 28 mai 1943, laparatomie : résection très large de deux ovaires sclérokystiques en ne laissant qu'une étroite bande d'ovaire hilaire. Hystéropexie isthmique par deux catguts. Résection du nerf présacré. Depuis six mois cette malade ne se plaint pas.

Polyménorrhée préménopausique. Utérus fibromateux plosé Ovarite scléro-kystique. Intervention conservatrice. Récidive rapide de kyste sur l'ovaire conservé qui se tord. Castration secondaire

Mme L..., 41 ans, consulte le 20 août 1943 pour règles tous les dix jours avec leucorrhée, lombagies, pollakiurie, depuis plus d'un an. Les règles sont douloureuses pendant toute leur durée. La femme maigrit beaucoup depuis trois ans. La paroi abdominale est flasque, éventrée, détendue, sans muscle. Le rein droit est ptosé. Elle n'arrive plus à marcher tant elle souffre. Le vagin est béant, montrant une grosse cystocèle et une énorme rectocèle. L'utérus antéfléchi est ptosé : il est dur, scléreux, mobile, gros comme une orange. L'ovaire gauche, kystique, est gros comme un abricot. Isthme fibromateux. Col purulent avec endocervicite et ectropion. Le 24 août 1943, Pfannenstiel. On résèque l'ovaire gauche seul en laissant la trompe. On résèque un fibrome fondique, pointu, saillant (gros comme une noix) près de la face antérieure de l'utérus, en ôtant un vaste lambeau vertical (qui comprend le fibrome) du fond utérin à l'insertion vésicale. Cette zone cruentée hémostasiée est fixée à la paroi abdominale par 4 catguts. Paroi en 3 plans. Sulfamides *in situ*. En octobre, la femme nous reconsulte pour règles intenses, noires, prolongées, avec crises très douloureuses. Le toucher montre un kyste de l'ovaire, tordu, douloureux, mobile, gros comme une mandarine allongée et trilobé. Le 25 octobre 1943, ablation d'un kyste séreux folliculinique hématique trilobé, en voie de torsion, de l'ovaire droit. Réfection en 3 plans de la paroi abdominale. La malade est apparemment guérie mais n'a pas voulu que nous l'opérions de rectocèle. A noter quelques poussées de colibacillose.

Récidives de kystes après résections partielles d'ovaires sclérokystiques

Nous avons encore récemment vu deux femmes atteintes de kystes récidivants (gros comme des noix vertes) et de troubles divers (céphalée, étourdissements, dysménorrhée), moins d'un an après intervention conservatrices pour ovarite kystique. Dans un cas nous avons trouvé un ovaire gauche intimement adhérent à la paroi du sigmoïde et fortement suspect d'endométriose. Cette femme a dû être castrée.

CONCLUSIONS

De toutes ces observations, nous retenons qu'en général *le traitement médical est préférable à l'intervention*. Celle-ci n'a des chances d'être efficace que si presque tout le tissu des deux ovaires est réséqué et si on résèque simultanément le nerf présacré dans les cas d'ovarite scléro-kystique ancienne, surtout après 40 ans. Mais le traitement médical qui comporte surtout l'opothérapie ne saurait être toujours dirigé dans le même sens. Dans certains cas, la testostérone améliore, dans d'autres elle aggrave la dysménorrhée. Nous avons publié jadis un cas où elle aggravait les métrorragies d'un utérus fibromateux. Dans certains cas, cependant, elle les fait nettement cesser. Le plus souvent la testostérone n'a pas d'influence sur le volume des fibromes, mais elle peut les faire régresser quelquefois et nous les avons vu de rares fois augmenter sans doute possible. La progestérone également améliore certains cas mais en aggrave d'autres. Enfin, il est des cas où ni testostérone, ni progestérone n'agissent favorablement. Dans ces cas, souvent, toute la gamme des hormones entraîne un retour rapide à la normale. Ces observations donnent raison à Mollard, Léger et Maschas qui indiquent que beaucoup d'endocrinoses sont dues à un déséquilibre entre les hormones œstrogènes et androgènes. Un excès ou une insuffisance des unes ou des autres ou des deux groupes entraînent des syndromes pathologiques. La thérapeutique doit s'efforcer de trouver le déséquilibre et de rétablir l'harmonie endocrinienne. Pour les hormones œstrogènes, le plus souvent, les biopsies d'endomètre permettent de faire une étude qualitative plus rapide, plus simple, moins dispendieuse que les dosages. Mais, en cas de métroses de réceptivité, les dosages sont les seules indications possibles, quand tout au moins l'endomètre atrophique ne répond pas aux hormones œstrogènes. Pour les hormones androgènes, les dosages sont un des procédés les plus sûrs de les apprécier quantitativement. M. Meunier dose les corps cétoniques de l'urine dont les trois quarts en poids sont représentés par l'androstérone, forme d'élimination urinaire de l'hormone mâle. Mais le rapport entre le taux réel de la testotérone existant dans l'organisme et celui de l'androstérone éliminée dans les urines ne serait pas encore rigoureusement fixé (*Bulletin Médical*, 1er décembre 1943, p. 353). L'épreuve thérapeutique est aussi le plus sûr des critères endocrinologiques : rétablir l'harmonieux équilibre entre hormones mâles et femelles amènerait non seulement le rétablissement de bien des troubles génitaux mais encore de bien des syndrômes n'ayant que de vagues rapports avec la menstruation, tels que colite, hémoptysies, asthme, œdèmes, infarctus, etc. Peut-être le déséquilibre joue-t-il un rôle dans l'éclampsie, les vomissements gravidiques et surtout dans l'apoplexie utéro-placentaire ? Rien ne sert évidemment de faire des hypothèses encore incontrôlables. En attendant la constitution de dossiers sur les endocrinoses par déséquilibres andro-œstrogènes, tâchons de voir un peu plus clair en expérimentant nos hormones dans les cas douteux ou imprécis.

De nos observations nous retenons : *l'échec de la progestérone* dans la dysménorrhée avec ménométrorragies postpubertaires et utérus normal, dans la dysménorrhée sévère avec hyperfolliculinisme chez la femme adulte ;

Le succès de la progestérone dans les ménométrorragies postpubertaires par hyperfolliculinisme avec petit utérus, dans la dysménorrhée avec utérus fibromateux et dyslutéinisme ;

L'échec de la testostérone, dans les mêmes ménométrorragies postpubertaires par hyperfolliculinisme avec petit utérus, dans les dysménorrhée avec ménométrorragies postpubertaires et utérus normal ;

Le succès de la testostérone dans la dysménorrhée sévère de la femme adulte avec utérus normal ;

Le succès de l'opothérapie sexuelle complexe dans les pubertés retardées, dans la dysménorrhée avec ménométrorragies postpubertaires avec utérus de volume normal.

En *résumé*, la progestérone agit surtout lorsqu'il y a réaction hyperfolliculinique de l'endomètre ; la testostérone n'a guère d'effet heureux dans la période postpubertaire où il faut lui préférer une polyopothérapie complexe le plus souvent. La testostérone agit surtout chez la femme adulte.

Mais toutes ces constatations parcellaires ne sont que des jalons. Il nous reste tout à apprendre dans l'étude qualitative et quantitative des équilibres hormonaux et dans les moyens de les modifier. Mais il ne faut quand même pas employer les hormones à tort et à travers, à des doses souvent énormes (comme cela se voit encore trop souvent). Aussi la progestérone employée à doses trop fortes et faite trop tardivement au cours de la grossesse peut en prolonger le terme, favoriser l'inertie utérine, les adhérences anormales du placenta, les hémorragies intrapartum. Nous l'avons vu rendre très difficiles et très tardives des fausses couches inévitables par œuf mort contrôlées biologiquement.

CORRESPONDANCE

A propos d'une médication ocytocique (mort subite chez la parturiente).

J'ai été frappé des cas de mort subite que j'ai pu observer chez la parturiente depuis quelques années. L'histoire est toujours la même. L'accouchement s'est accompli sans incident ; il a été plutôt rapide, trop rapide même. Quelques instants après la délivrance normale, syncope, mort en quelques minutes. Le médecin appelé ne peut que la constater. Pas d'hémorragie. Le médecin s'informe : le travail allait bien ; du reste, pour l'accélérer, on a fait une ou deux injections de lobe postérieur d'hypophyse. Etait-ce nécessaire ? Le cœur et l'état général le permettaient-ils ? On ne sait. L'injection d'hypophyse est devenue banale ; elle semble remplacer aisément et avec une innocuité absolue la vieille ergotine tétanisante. Pourtant, il ne faut pas hésiter à incriminer ces injections. L'hypophyse est une glande d'une activité mal connue et qui est toujours à l'étude. Elle a maintes synergies peu élucidées avec les autres glandes. Est-il raisonnable d'en user sans discernement ? Au choc de l'accouchement faut-il ajouter celui d'une hormone hypophysaire ? La physiologie dit non. Si on ne peut demander à des auxiliaires manuels de connaître la physiologie glandulaire plus qu'ils ne connaissent les maladies de Simmonds, de Cushing, on pourrait peut-être laisser au médecin, qui a fait de la physiologie, l'usage exclusif de l'extrait hypophysaire.

Dr P. Boulogne (Saint-Servan).

NOTES DE PRATIQUE

Voici un opéré qui, en 1913, dut subir l'amputation de la cuisse au tiers supérieur.

Depuis cette date il n'a cessé de souffrir de ces terribles douleurs métamériques, terribles car elles ont poussé au suicide certains de ces mutilés. Un jour, n'y tenant plus, le mutilé applique sur son moignon une petite pelote analogue à celle d'un bandage herniaire. La compression porta à l'extrémité du triangle de Scarpa de façon telle que la circulation du sang fut arrêtée. La terrible douleur cessa immédiatement. Lorsque celle-ci fit une nouvelle apparition, le même procédé l'arrêta immédiatement. Tous les amputés dont les douleurs sont indicibles voudront essayer d'une thérapeutique aussi simple.

Dr Molinéry, à Tournon-d'Agenais.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 7 MARS 1944.

Rapport sur l'alimentation des animaux producteurs de sérums. — M. FABRE (au nom de la Commission du rationnement thérapeutique). — Adoption d'un vœu.

Petite azotémie hépatique. — M. FIESSINGER. — En plus des azotémies d'origine hépatique déjà décrites, il existe une petite azotémie qui survient chez des surmenés en proie à des soucis durables. On note de la fatigue générale, des troubles digestifs légers, du subictère, un foie un peu sensible et de la céphalée qui amène en général à doser l'urée sanguine. L'hypobromite donne 0,70. Un régime sévère est prescrit; les symptômes s'aggravent, l'urée sanguine monte à 0,80.

Une telle azotémie n'est qu'apparente; le dosage au xanthydrol donne un chiffre inférieur de 0,20 à 0,30 (au lieu de 0,15 à 0,10) par rapport au chiffre de l'hypobromite. Ce dernier décèle en effet des corps uréifiables mais non uréiques et que le foie ne suffit pas à transformer.

Un élargissement du régime remet tout en ordre en peu de temps.

Influence de la sous-alimentation carnée sur le taux globulaire. — M. LUMIÈRE. — De nombreux travaux ont déjà étudié cette influence. L'enquête présente, qui porte sur 20.000 dossiers de sujets depuis longtemps suivis pour des affections purement fonctionnelles, confronte pour chacune des trois dernières années les numérations globulaires. Elle montre un fléchissement globulaire marqué apparu seulement depuis quelques mois. Au lieu de 10 p. 100 seulement avant la guerre, la proportion des hypoglobuliques s'élève actuellement à 32,6 p. 100 soit le tiers environ des sujets examinés. Longtemps demeurée faible, la chute globulaire, s'est précipitée durant la 3e année de restrictions alimentaires. Corrélativement le nombre des sujets ayant 5.000.000 de globules rouges au moins s'est abaissé à 38 p. 100 au lieu de 370 p. 1000 antérieurement. La qualité de l'alimentation ne joue pas. Entre seulement en ligne de compte la restriction de l'alimentation carnée. Témoignage de plus de la nocivité du végétarisme absolu.

L'association du choc et des sels d'or en thérapeuthique articulaire. — MM. RIMBAUB et SERRE (présentés par M. LEREBOULLET). — Les auteurs, chez 88 malades, ont comparé l'action de la pyréthocthérapie, de la chrysothérapie et de ces méthodes associées. Cette association est indiquée dans les arthrites subaiguës ou chroniques en période évolutive, surtout les polyarthrites. On y associe le dmelcos (6 à 8 intraveineuscs à doses progressives) et le thiosulfate d'or et sodiums intraveineux (0,05, 0,10, 0,15, jusqu'à un total de 2 grammes), une injection tous les 5 jours. Tolérance bonne même chez les malades âgés; résultats meilleurs qu'avec chaque médication seule ou en alternance. Le choc améliorerait la tolérance et rendrait l'or plus efficace vis-à-vis de la lésion articulaire.

Remarques sur l'état de nutrition des Parisiens de 20 ans. — MM. H. GOUNELLE et M. BACHET (présentés par M. ROUVILLOIS) signalent l'état de nutrition défectueuse des jeunes Parisiens appelés à subir la visite d'aptitude au Service du Travail. La comparaison avec les tables d'aptitude française, italienne ou allemande démontre de façon certaine qu'actuellement la moitié des Parisiens de 20 ans est dans un état de nutrition inférieur à la moyenne d'avant-guerre. Les amaigrissements de 4 à 8 kilos sont en majorité; un quart seulement des sujets a échappé à un amaigrissement notable. Malgré l'absence de signes organiques, il faut tenir compte de cette résistance amoindrie qui, avant guerre, aurait fait écarter de tels sujets du service militaire.

La salubrité des coquillages comestibles. — M. LAMBERT. — (Présenté par M. TANON).

Jusqu'en 1941 les huîtres seules étaient soumises au contrôle. Depuis lors les autres coquillages sont également contrôlés par l'Office des Pêches maritimes et le Service de santé. Les côtes sont divisées en zones insalubres et salubres. Seules les zones salubres peuvent élever huîtres, moules et coquillages. Toutes les autres installations ont été supprimées.

Les établissements autorisés à élever et à expédier ont reçu un certificat de salubrité.

Les gisements naturels sont également classés et selon leur degré de salubrité autorisés à expédier soit directement soit après reparcage et épuration.

Le tout est l'objet d'inspections et d'analyses fréquentes. Le transport est aménagé de façon à sauvegarder la salubrité; des étiquettes spéciales, uniques, permettent pour chaque lot et jusque chez le détaillant une identification rapide d'origine, d'âge et de transit.

Traitement ambulatoire des fractures du calcanéum. — MM. SOLEARD et BADELON. — Bilan de 41 cas traités par appareil de marche appliqué dès les premiers jours.

La douleur disparaît immédiatement, l'immobilisation est réduite au minimum ainsi que les troubles trophiques.

Dans les fractures de gravité moyenne, on a obtenu 60 p. 100 de bons résultats (30 p. 100 avec les méthodes habituelles) avec un temps d'hospitalisation et d'indisponibilité fortement réduits.

Cette méthode est indiquée dans toutes les fractures sans déplacement, dans les fractures thalamiques avec enfoncement horizontal moyen et dans les fractures graves lorsqu'une intervention sanglante ne peut être pratiquée.

SÉANCE DU 14 MARS 1944

Rapport sur les jus de fruits. — M. MARTEL (au nom de la Commission du Rationnement alimentaire).

Rapport sur le diabète et la vaccination antidiphtérique-antitétanique. — M. LEMIERRE (au nom de la Commission de la Vaccination antidiphtérique-antitétanique).

Nouvelles observations de tumeurs mammaires spontanées et transplantables chez le rat blanc. — MM. ROUSSY et GUÉRIN.

L'étude d'une nouvelle série de 40 tumeurs mammaires spontanées a montré que la plupart avaient la structure d'un fibro-adénome typique. Les autres présentaient une architecture particulière : fibrome pur chez un mâle, adénomyome et épithéliome développé sur un adéno-fibrome. Parmi les fibro-adénomes, 3 ont été transplantés. L'un a donné 40 tumeurs sur 120 rats en trois passages ; son étude biologique a confirmé l'influence du sexe par l'échec de la greffe sur les mâles ou sur les castrés et la transformation sarcomateuse possible. Les deux autres tumeurs se sont caractérisées par la longue latence du greffon (2 ans) et la conservation du type architectural qui dans un des cas était celui d'un adénome prélactant. Toutes notions intéressantes à comparer avec les données fournies par la pathologie humaine sur les tumeurs du sein.

Le taux des cuti-réactions négatives chez les externes des hôpitaux. — M. RIST.

L'étude a porté sur 1030 externes (883 hommes et 164 femmes) dont 69 % de 20 à 23 ans, composant des promotions 1937-38-39 et dans l'ensemble d'une robustesse physique remarquable que les promotions cadettes n'ont plus atteinte.

La cuti-réaction a été négative 117 fois sur 1030 soit 11,35 % (91 hommes soit 10,17 %, 26 femmes soit 15,83 %).

Des jeunes gens de même âge et d'autre milieu intellectuel ont été comparés aux externes.

Grandes classes de lycées parisiens : cuti négatives en 1938-39 : 43,78 % à 19 ans ; 41,09 % à 20 ans ; 38,05 % à 21 ans. En 1941-42 : 65,35 % à 19 ans ; 66,16 % à 20 ans En 1942-43 : 50,06 % à 19 ans ; 43,25 % à 20 ans ; 45,84 % à 21 ans.

Elèves de grandes écoles : En 1941-42 : 43,5 % de cuti négatives à 19 ans ; 38,7 % à 20 ans ; 37,8 % à 21 ans. En 1942-43 : 50,3 % à 19 ans ; 65,9 % à 20 ans ; 50,9 % à 21 ans.

Aux mêmes âges les cuti négatives sont donc beaucoup moins nombreuses chez les médecins que chez d'autres étudiants du même âge qui échappent à la contamination hospitalière.

Troubles vaso-moteurs rétiniens tardifs d'origine traumatique. — M. JAYLE (présenté par M. ROCHON-DUVIGNEAUD).

L'auteur rapporte deux observations où à la suite de traumas perforants du globe oculaire ont apparu des troubles vaso-moteurs rétiniens tardifs après un espace libre. On observe alors de l'œdème, des hémorragies de la dégénérescence rétinienne par bouleversement de la vasomotricité capillaire puis de la rétinite proliférante par réaction fibrogliale et du décollement rétinier. Il semble y avoir là un cas particulier de répercussivité (André Thomas) ou de réflexe sensitivo-végétatif (Leriche).

La transfusion de sang d'urgence. — MM. LEROUX et MIRALLIÉ (Présentation faite par M. BINET).

Au cours de bombardements massifs comme celui de Nantes auquel les auteurs doivent leur expérience et qui causent un afflux massif de blessés, il ne faut demander à la transfusion que ce qu'elle peut donner. Elle est contre-indiquée dans le shock traumatique par inhibition nerveuse et n'y fait qu'ajouter le danger supplémentaire d'un shock transfusionnel.

L'indication majeure est l'hémorragie constatée et contrôlée par le chirurgien et seulement après réalisation d'une hémostase chirurgicale effective.

Il ne doit être fait de transfusion qu'en un lieu chirurgical et après le temps essentiel de l'hémostase ; aucune transfusion ne doit être faite au poste de secours.

SÉANCE DU 21 MARS 1944

Alimentation du nourrisson. — VŒU (au nom de la Commission du Rationnement).

Considérant que l'alimentation du nourrisson doit être exclusivement lactée jusqu'à 5 mois et que les farines ne peuvent être introduites éventuellement dans l'alimentation qu'à partir de cet âge, l'Académie émet le vœu que le lait soit avant tout réservé quelles que soient les circonstances aux enfants de moins de 5 mois. Les farines de régime conviennent aux enfants ayant dépassé cet âge, étant entendu qu'ils recevront leur ration de lait aussi complète que possible. L'attention des Pouvoirs publics doit être attirée sur la nécessité de mettre tout en œuvre pour favoriser la préparation des farines destinées aux enfants.

Remarques au sujet de la conservation des aliments par le froid. — M. MARTEL. — Nombre d'affirmations erronées ont cours quant à l'efficacité du froid et à son mode d'action.

Le froid ne peut aseptiser ; il n'inhibe les enzymes que partiellement, si avec le temps il purifie les infestations parasitaires, il n'a aucun pouvoir réellement antiseptique ; il ne fait que modérer l'importance de la microflore. Son action stabilisante n'est que relative ; il n'agit réellement que sur certaines hormones et certaines propriétés organoleptiques. Il peut cependant améliorer certaines qualités des éléments, du lait et des œufs surtout, mais de façon limitée ; les fruits sont maintenus à l'état de vie ralentie. Dire que le froid conserve l'aliment « vivant » est exprimer sous forme littéraire une conception vide de sens.

Enquête sur le pronostic éloigné de l'infarctus myocardique. — M. CLERC. — L'infarctus myocardique n'est pas toujours mortel, même dans ses formes franches et certains malades survivent des mois et des

années avec une existence active et en dépit d'accidents graves. La mortalité dans les premières semaines est de 45 % environ ; pour l'ensemble des deux premières années elle n'est plus que de 60 %. On compte que 20 % des malades dépassent la 5e année. Il est nécessaire aussi d'évaluer la capacité physique et l'on observe parfois une récupération surprenante, 38 à 40 % de reprises de travail, 22 % d'incapacités absolues (Hoctirens, 1943). La mort est le fait, en général, d'accidents cardiaques. Les indices précurseurs sont parfois difficiles à apprécier. Le traitement doit se compléter par un régime et une hygiène générale qu'il importe de bien connaître ; l'hygiène du travail doit s'en inspirer.

Propriétés biologiques de la Coryllophiline. — MM. Levaditi, Penau, Perault, Noury, Degos. — Le penicillium coryllophilum élabore un principe bactéricide très actif *in vitro* sur le staphylocoque, le streptocoque et le peumocoque. Ce principe, la coryllophiline, concentré par absorption, est radicalement différent de la pénicilline de Fleming et d'Abraham et ses collaborateurs. Son pouvoir lytique à l'égard du staphylocoque peut atteindre 1 : milliardième. Les auteurs en précisent les propriétés biologiques. La coryllophiline immobilise et lyse le *Trypanosoma equiperdum* de même que le *Treponema pallidum*. Cependant, en dépit de son haut pouvoir microbicide, elle se révèle dépourvue d'effet thérapeutique chez la souris et le lapin infectés par le staphylocoque, le streptocoque, les trypanosomes ou le spirochète (par suite de son intolérance). Par contre, la coryllophiline est manifestement curative lorsqu'elle est utilisée chez l'homme en applications locales, dans des cas d'anthrax graves, de furoncles, d'hydrosadénite de l'aisselle, d'ulcères, de périonyxis, pour la plupart ayant résisté aux moyens thérapeutiques habituels.

Le botulisme et les jambons salés. — M. Leeroux et Mme Jeramec. — De 1941 à 1944, plusieurs centaines de familles ont été intoxiquées par ingestion de viande de porc salée et fumée. Les auteurs ont suivi la plupart de ces cas et ont étudié 42 jambons provenant de tous les points de France, des Pyrénées-Orientales à la Meurthe-et-Moselle, au Calvados, à l'Aube et au Pas-de-Calais. Il s'agit surtout de jambons dont l'aspect extérieur est plus suspect que repoussant.

A quelle cause attribuer le botulisme des porcs ? Il faut sans doute incriminer l'alimentation actuelle des animaux, l'abatage en saison chaude, la salure insuffisante (40 gr. au kilo au lieu de 150 à 200).

Pour éviter les accidents, il importe de chauffer la chair de porc ; 70-80° suffisent mais il est important que le chauffage ait lieu au moment de la consommation.

Il est nécessaire d'informer les populations des dangers de la saison chaude et de la salure insuffisante. Il importe que les Pouvoirs publics allouent une quantité suffisante de sel aux propriétaires d'abatages familiaux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 8 MARS 1944

A propos des griffes de la main. — M. A. Sicard.

Un cas de dilatation aiguë de l'estomac. — M. Flabeau. M. Cadenat, rapporteur.

Enchevillement des fractures de la clavicule par broche de Kirschner. — M. Goumain. M. Leveuf.

Equerre de correction pour enclouage du col du fémur. — M. B. Duhamel. M. Cadenat, rapporteur.

Syndrome abdominal aigu par torsion d'une rate surnuméraire pédiculée. — M. Razemon. M. Ameline.

Lésions histologiques des ganglions sympathiques chez un blessé du membre supérieur. — M. Baillat. Rapport de M. Moulonguet.

Prolapsus transanal du colon invaginé. Traitement par voie abdominorectale. — M. Chigot. Rapport de M. Chatrier.

Gastrectomie pour exclusion. — M. L. Bazy indique un procédé de duodenectomie rétrograde qui permet d'éviter la gastrectomie pour exclusion.

Gangrène utérine et septicémie à vibrion septique après avortement spontané chez une malade porteuse de fibromes multiples. — M. Merle d'Aubigné.

L'enclouage des fractures diaphysaires des os longs par tige d'acier (méthode de Kirschner). — MM. Jeanneney et Magendre. M. Wilmoth, lecteur.

SÉANCE DU 15 MARS 1944

A propos de l'enchevillement métallique des fractures des os longs. — M. Meillère. MM. Michel-Bêchet et Godart. Lecteur : M. Leveuf insiste sur le fait que ces broches paraissent bien tolérées.

L'anastomose par suture sur drain dans la chirurgie du colon pelvien. — MM. d'Allaines, Le Roy, Pointeau ont utilisé dans 17 cas un procédé de suture bord à bord, la présence du drain dans la lumière intestinale permettant d'invaginer la première couronne de suture.

M. Ameline ne pratique cette intervention que sur des colons maigres dont on peut apprécier avec exactitude la vascularisation.

Considérations sur 8 cas inédits de volvulus du cœcum. — MM. Longuet et Billet. Rapport de M. Gatellier.

SÉANCE DU 22 MARS 1944

Hernie étranglée à travers le ligament large. — M. Papin. Rapport de M. d'Allaines.

Recherches sur l'activité thrombocinétique des tumeurs utérines et ovariennes. — MM. J. Bertrand et D. Quivy montrent que cette activité est très variable suivant les fibromes et les individus.

Innervation sympathique du colon. — M. Mallet-Guy a précisé la topographie exacte de cette innervation au moyen d'infiltrations novocaïniques de la chaîne sympathique faites à différents niveaux entre D12 et L5.

A propos du diagnostic par la radiographie de la péritonite encapsulante. — MM. Brocq, J. Patel et J. Gosset.

Radiosarcome du gland après curiethérapie pour épithélioma balanopréputial. — MM. Lacassagne, Gricouroff, Roux-Berger.

Enchevillement des fractures cervico-trochantériennes par un clou à attelle externe. — M. R. Bernard.

Deux observations de volumineux kyste dit dermoïde du médiastin. — MM. Hepp, Genty et Coury.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1944.

Tétanos avec hydrophobie. — MM. de Lavergne et Helluy. — Observation de cette forme très rare du tétanos céphalique ; quelques commentaires sur le mécanisme de l'hydrophobie.

Un cas de botulisme. — M. de Lavergne. — Dissociation albuminocytologique dans le L. C. R. du malade ; si cette constatation se retrouvait chez d'autres malades semblables, elle aiderait à admettre que les paralysies diphtériques résultent d'une fixation de la toxine sur les centres.

Syndrome d'hypertrophie musculaire de l'adulte. — Myxœdème associé, guérison par le traitement thyroïdien. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille, Lereboullet et Bouygues. — Malade de 62 ans présentant une hypertrophie d'un certain nombre de groupes musculaires. Il n'y a pas de réaction myotonique vraie et électrique du muscle. Syndrome associé à un myxœdème net ; guérison rapide avec le traitement.

Les bronchites segmentaires. — MM. Rist, Ameuille et Lemoine. — Dans 7 cas, observation d'un syndrome fait par de la toux, des crachats muqueux, de petites hémoptysies. L'exploration trachéo-bronchoscopique a montré un œdème limité à un segment de la muqueuse bronchique caractérisant une bronchite segmentaire de nature indéterminée.

Pilocarpine intraveineuse dans l'asthme grave. — MM. Ameuille et Do Ghali. — Dans deux cas graves, les auteurs ont essayé l'injection intraveineuse de pilocarpine à l'effet de fluidifier les secrétions bronchiques et de stimuler la chasse bronchique et les contractions des bronches. Résultat très heureux et dans ces deux cas de bronchoplégie préterminale la pilocarpine agit comme un médicament d'urgence très efficace.

Le pronostic éloigné des anémies benzoliques. — MM. Léchelle et Ancelin. — Indications des caractères essentiels des formes tardives de l'anémie benzolique. Fréquence des accidents hémorrhagiques ou purpuriques et diminution définitive du nombre des globules rouges, des leucocytes et des granulocytes. Les anciens intoxiqués benzoliques sont toujours sous la menace d'accidents cliniques ou hématologiques graves.

Sclérose tubéreuse de Bourneville. — MM. Degos et J. Lereboullet. — Adénomes sébacés type Pringle, tumeurs périunguéales de Koenen, phacomatose rétinienne, épilepsie et troubles intellectuels, calcifications intracraniennes. Association d'angiomes ostéo-hypertrophiques, et, peut-être, de maladie de Recklinghausen.

Sclérose tubéreuse de Bourneville chez quatre membres d'une famille. — MM. R. Degos et O. Delzant. — Adénomes sébacés type Pringle, épilepsies, calcifications intracraniennes, léthalité fœtale.

Trois cas de sclérose tubéreuse de Bourneville non familiale. — MM. R. Degos, P. Hennion et J. Delfort. — Adénomes sébacés type Balzer et type Pringle, lésions gingivales, épilepsies, retards intellectuels.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1944.

Maladie de Schüller Christian et syndrome polyuridipsique par polydipsie primaire. — MM. Julien Marie, Thieffry, Mme Œhmichen et J. Loeper. — Cette étude, après constatation sur un enfant de trois ans, démontre peut-être pour la première fois que le syndrome polyuridipsique qui accompagne la maladie de Schüller Christian peut ne pas être un diabète insipide avec fuite rénale de l'eau, mais une polydipsie primaire.

Diplipoïdose cutanée. — MM. Fiessinger, Aubeau-Fernet et J. Loeper. — Cas d'une femme de cinquante-trois ans chez qui, au cours d'un ictère lié à une hépatite scléreuse, apparurent du prurit et des xanthomes étendus à tous les téguments. Cette xanthomatose a, dans ce cas, été secondaire à l'ictère et se distingue nettement des faits attribués par des auteurs à une réticulose.

Abcès péribronchiques. Rôle de la sulfamidothérapie locale. — MM. Loeper, Boulenger et Courjaret. — Au cours d'une suppuration subaiguë pulmonaire, la bronchographie mit en évidence des images cavitaires des lobes supérieur et moyen. Ce cas soulève l'interprétation des images cavitaires au cours des suppurations broncho-pulmonaires. C'est de l'abcédation péri-bronchique qu'il s'agit souvent.

Anévrysme aortique à forme tumorale ; valeur séméiologique de la calcification liminale. — MM. Bariéty, Lesobre et Choubrac. — Cas d'un homme de soixante-dix ans qui, à l'examen radiologique, présentait une masse sphérique volumineuse occupant la partie supérieure de l'hémithorax gauche. A l'autopsie, on reconnut un anévrysme aortique

dont l'extension et la rupture s'étaient produites sans qu'il y ait trace de médiastinite.

Porphyrinurie spontanée idiopathique avec quadriplégie. Guérison par l'association amido-nicotinique. — Vitamine B1. — M. BRETON (Saint-Germain-en-Laye). — Deux caractères de l'observation en cause : *a*) cas d'une forme grave avec polynévrite ascendante quadriplégique et délire guérie par association de la vitamine B à la vitamine PP ; *b*) altération de l'épreuve de la galactosurie provoquée, posant le problème des rapports entre l'insuffisance hépatique et la porphyrinurie.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1944.

Cirrhose bronzée apparue au même âge (29 ans) chez deux frères jumeaux : MM. LAFFERRE, AVIC, NUN et AUBRY. — Deux frères jumeaux, atteints au même âge de cirrhose bronzée avec hypertrophie du cœur. L'intérêt de ces observations réside dans les considérations qu'elles suggèrent sur le plan pathogénique et génétique. Ces jumeaux sont nés à 3 jours d'intervalle.

Zona intercostal compliqué de phénomènes bulbaires : M. LHERMITTE. — Homme de 40 ans avec zona de la 8e bande radiculaire droite, traité par radiothérapie intempestive, compliqué bientôt de hoquet, de douleurs œsophagiennes, de vomissements sanglants et de spasme glottique. Sulfamidothérapie intra-musculaire. Guérison en 4 jours.

Valeur pratique de l'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic entre la syringomyélie et les tumeurs médullaires : MM. H. ROGER, PAILLAS et GASTAUT. — Dans tous cas de diagnostic délicat, une dissociation et un blocage importants plaident en faveur de la tumeur, une dissociation faible avec perméabilité méningée à peine atténuée est en faveur de la syringomyélie.

Dépistage de la primo-infection tuberculeuse latente dans les collectivités : M. ABEL LAFITTE. — Ce dépistage repose sur quatre éléments : 1° étude systématique du poids mensuel ; 2° cuti-réaction refaite sous l'angle du poids mensuel ; 3° la valeur professionnelle ; 4° les troubles génitaux. Son importance est grande. Découverte possible de la source du contage ; surveillance plus fructueuse du primo-infecté ; conseils à donner sur le terrain pratique.

SÉANCE DU 3 MARS 1944.

Le rendement du contrôle phtisiologique des externes et internes des hôpitaux de Paris. — M. RIST. — Exposé du bilan au 31 décembre 1943 des 49 externes devenus tuberculeux parmi les 1.047 des promotions de 1937, 1938, 1939. 3 Décès, soit une mortalité de 6,12 p. 100 en 5 ans, et 5 tombés malades récemment. Si on les défalque du total réduit à 44, on voit que 40 externes malades porteurs de lésions excavées ont guéri et repris leur travail hospitalier soit comme externes, soit comme internes, soit comme praticiens.

La pyréthothérapie dans le rhumatisme articulaire aigu. — MM. LIAN, FOCQUET et BERGER.

Dans les formes subaiguës du rhumatisme articulaire aigu résistant au traitement salicylé, la pyrétothérapie peut amener la guérison. Les auteurs en rapportent 5 exemples ; l'atteinte cardiaque ne constitue pas une contre-indication, à condition qu'il n'y ait pas d'insuffisance cardiaque réelle.

Emphysème généralisé mortel à la suite d'un pneumotorax hémostique. — MM. POUMAILLOUX, DESSUTERME, NOVARI.

En raison d'hémoptysies répétées, résistantes, chez un homme de 36 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avec caverne, on pratique un pneumothorax hémostatique, sans incident. 5 heures plus tard, emphysème sous-cutané généralisé. Mort en 48 heures. A l'autopsie : emphysème médiastinal. Les facteurs du décès sont multiples : compression, déséquilibre vaso-moteur, insuffisance ventriculaire droite suraiguë.

SÉANCE DU 10 MARS 1944.

Syndrome d'Ehlers-Danlos fruste, associé à une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. — MM. NICAUD, LAFITTE et BUHOT. — Ce syndrome fruste est caractérisé chez un homme de 61 ans par une hyperlaxité articulaire, portant sur les articulations des doigts des deux mains et par une hyperélasticité cutanée généralisée à tout le tégument.

Spirochétose méningée hémorrhagique. — MM. NICAUD, LAFITTE et BUHOT. — Affection caractérisée à son début par un syndrome méningé analogue à celui d'une méningite cérébro-spinale. Il s'agit d'une forme très rare, avec un stade initial à liquide clair et un stade hémorrhagique plus tardif.

Ictère spirochétosique. Augmentation de la lipidémie et du rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ du sang. Etude des modifications du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. MM. NICAUD et LAFITTE. — Confirmation dans cette nouvelle observation des recherches biologiques publiées antérieurement, prouvant que l'augmentation de la lipidémie est constante dans les ictères spirochétosiques.

Pleurésie purulente à bacille fusiforme. — MM. BRULÉ, GILBRIN et PESTEL. — Forme rare. Visible sur les frottis de pus, le bacille fusiforme ne cultivait qu'en anaérobie et ne prenait pas le Gram. La pleurotomie amena la guérison.

Ablation d'un adénome cortico-surrénal chez une hypertendue. — MM. DUVOIR, PAUTRAT et DESCLAUX. — Surrénalectomie gauche chez une hypertendue maligne, ayant démontré l'existence d'un adénome, qui fut enlevé en totalité. Régression nette des troubles fonctionnels.

Transplant à une addisonnienne du cortex surrénal d'une hypertendue. — MM. DUVOIR, PAUTRAT et DESCLAUX. — A la suite de la greffe, l'état général s'est amélioré, et a été suivi d'une influence sur l'évolution.

Un cas de méningite à pneumocoques sulfamido-résistants, traité par la pénicilline. — MM. R. MARTIN, B. SUREAU et A. VITTOZ. — Après échec du traitement sulfamidé, on institua le traitement pénicilliné interne rachidien. Le liquide céphalo-rachidien fut rapidement stérilisé. En présence d'une rechute, on eut recours au même traitement, d'abord favorable ; mais la mort survint, ce moyen ayant été employé trop tard.

Un cas d'acrodynie de l'adulte. — MM. DUVOIR, J. LEREBOULLET, POUMEAU-DELILLE et BOUYGES. — Les auteurs discutent la parenté de l'acrodynie de l'adulte avec l'acrodynie infantile, la chorée fibrillaire de Morvan et l'encéphalite épidermique. Ils pensent que cette affection doit trouver sa place dans le cadre des infections à virus neurotrope.

Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie. — MM. J. LEREBOULLET et ROGI. — Soulignent la parenté étroite qui unit chorée de Morvan et acrodynie et considèrent qu'il s'agit de deux modalités symptomatiques de l'atteinte du système neuro-végétatif encéphalo-médullaire par un même virus neurotrope.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

15 *mars* 1944. — M. DORIA. — Perturbations des sécrétions hormono-sexuelles et rhumatisme chronique chez la femme.

M. NOAL. — Contribution à l'étude des adénogrammes pathologiques de l'enfance.

M. VALA. — La polyarthrite chronique traumatique. Essai d'interprétation pathogénique.

22 *Mars*. — M. VECCHIALI. — Contribution à l'étude du statut dysraphicus.

23 *Mars*. — Mlle TORRE. — Tuberculose et sous-alimentation (importance de la qualité professionnelle des malades).

M. MARCHANDIN. — Ruptures des grands-droits de l'abdomen.

M. DEVIGNE. — A propos d'un volvulus gastrique aigu chez l'enfant.

THESES VETERINAIRES

23 *Mars*. — M. QUINCHON. — Etude comparative des différentes techniques de l'examen histologique du poil.

M. JEANDEL. — Le fumage des denrées alimentaires.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES [1]

(Fin.)

Evolution.

Elle est variable suivant la gravité de l'affection. Ce fait permet d'individualiser plusieurs variétés de péritonite et fournit l'occasion d'assurer le diagnostic.

1° *Evolution suraiguë.* La mort survient, soit en 36 à 48 heures (forme foudroyante), soit en 3 à 4 jours ou en une semaine (forme septique diffuse de Comby). — Dissociation du pouls et de la T., ballonnement généralisé, collapsus, situation paradoxale de la douleur, délire, mort, telle est l'évolution rapide.

2° *Evolution aiguë* : forme purulente. Elle est plus fréquente et laisse au malade quelques chances de salut à condition d'intervention retardée.

Les signes violents du début ont présenté une détente passagère ou durable au bout de 24 ou de 48 heures. Les signes généraux rétrocèdent, T. à 38°, pouls à 120, état général meilleur.

Les signes fonctionnels se modifient, la douleur s'atténue, garde son maximum dans la région péri-ombilicale. La diarrhée s'accentue, c'est une diarrhée verte et profuse.

Les signes physiques, eux aussi, se précisent : la contracture va progressivement se localiser.

En somme, le diagnostic se confirme, mais il faut se garder d'un optimisme exagéré, car vers le 7e ou le 8e jour les signes de gravité peuvent apparaître en une véritable flambée et entraîner la mort. Le pronostic ne devient plus rassurant qu'une fois passé le 10e ou le 12e jour.

3° *Evolution subaiguë* forme enkystée. Cette forme courante pour les classiques est, en réalité, plus rare à l'heure actuelle.

La première phase de l'affection est très atténuée ou vite atténuée. En effet, en 24 à 48 heures la douleur s'apaise. Les vomissements cessent, mais la diarrhée persiste ; le pouls demeure accéléré, la T., en plateau, est de 38° à 38°5.

Les signes persistent jusqu'au 8e, 9e, 12e jour; à ce moment, l'amélioration s'accuse.

Les signes d'épanchement localisé apparaissent entre l'ombilic et le pubis. Résistance profonde, sorte d'empâtement. Submatité ou matité, soulèvement rénitent.

Très vite alors, la voussure médiane hypogastrique s'accuse, à la résistance pâteuse succède la fluctuation. Parfois circulation collatérale, œdème de la paroi. La fièvre se rallume.

Il faut inciser cette collection, sinon l'enfant se cachectise, on peut alors penser à une péritonite bacillaire.

Peu à peu l'ombilic se déplisse, rougit, s'ulcère et la collection s'évacue à son niveau. Mais l'ouverture peut se faire au vagin ou au rectum. On a signalé des fusées latérales pouvant s'ouvrir dans la fosse iliaque, voire fuser vers la cuisse (Nové-Josserand).

La mort peut survenir dans un tableau de cachexie. Cette forme semble être devenue exceptionnelle à l'heure actuelle.

Formes cliniques.

1° *Formes insidieuses :*

a) Formes abortives : où les phénomènes péritonéaux graves s'amenuisent d'une façon définitive.

b) Formes à rechute ; crises successives à intervalles variables, aboutissant à l'abcès terminal.

c) Formes chroniques : P. à P. évoluant durant un temps indéterminé (1, 2, 3 ans) œpyrétique et simulant une ascite. Ces formes sont exceptionnelles.

2° *Formes complexes :*

a) Celles où une appendicite pneumococcique est le point de départ de l'infection péritonéale.

b) Celles où la péritonite est manifestement secondaire. Tantôt la première localisation est encore en évolution. Tantôt le malade est en pleine convalescence. Leur symptomatologie serait plus estompée, leur évolution très grave.

3° *Formes de l'adulte.* Elles seraient, en règle, secondaires, entrant dans le cadre des dernières décrites.

4° *Formes septicémiques.*

Diagnostic différentiel.

Nous avons vu la difficulté d'affirmer avec certitude le diagnostic de P. à P.

A la période de début, on devra éliminer une fièvre typhoïde, une entérite, un empoisonnement et cela surtout dans les formes à allure septicémique. Le diagnostic est, en général, assez facile.

Il en est de même du syndrome abdominal du purpura, de l'invagination intestinale, de l'occlusion.

Restent à envisager les états péritonéaux : perforation du diverticule de Meckel, péritonite à streptocoque (exceptionnelle), péritonite tuberculeuse aiguë (rare), péritonite à gonocoques (celle-ci débute comme une P. à P. s'accompagne de diarrhée, mais est contemporaine d'un écoulement vulvaire, elle réclame l'abstention).

En réalité, une grande question se pose : est-ce une péritonite appendiculaire ou une péritonite pneumococcique ?

On doit encore insister sur le début, particulièrement brutal, la douleur diffuse, la contracture diffuse et modérée, la diarrhée, la leucocytose très élevée, excellent signe pour Gibson.

Mais bien souvent le diagnostic reste incertain.

Dans les formes subaiguës ou traînantes, on peut penser à une péritonite tuberculeuse.

La difficulté du diagnostic explique les discussions thérapeutiques.

Traitement.

1° *Péritonite à la phase de début. Classiquement*, tous les auteurs sont d'accord pour l'abstention chirurgicale. L'intervention apparaît, en effet, comme inutile et nuisible. Les statistiques constatent unanimement les désastres secondaires aux interventions chirurgicales.

Pour les modernes, les idées semblent avoir beaucoup évolué.

Si *le diagnostic est douteux, que faut-il faire?* Par crainte de laisser évoluer une péritonite appendiculaire, tous les auteurs semblent d'accord pour opérer (Ombrédanne, Leveuf, Fèvre).

On conseille alors : *a*) d'intervenir à l'anesthésie locale (Fèvre); — *b*) de s'abstenir d'enlever l'appendice s'il n'est pas malade, de s'abstenir d'explorations intempestives ; — *c*) de drainer le Douglas; — *d*) d'associer un traitement médical : sérothérapie antipneumococcique spécifique si possible et surtout sulfamidothérapie.

D'après de récentes discussions, il ne semble pas que l'acte chirurgical, réduit au minimum, aggrave le pronostic.

Le diagnostic est certain. Il faut attendre en surveillant le malade. Traitement médical, sérothérapie antipneumococcique sulfamidothérapie.

2° *Péritonite enkystée.* Il faut inciser l'abcès, mais il y aurait une certaine analogie entre le traitement de la pleurésie purulente et celui de la P. enkystée à P. (Ombredanne). L'intervention doit être *retardée* pour permettre aux anses de se conglomérer, et *discrète*, se contenter d'une petite incision. Il est bon de drainer. Ne pas ôter le drain trop tôt, même s'il ne donne rien. Associer la sulfamidothérapie.

Reste à envisager l'influence du traitement par les sulfamides.

La sulfamidothérapie, manifestement efficace dans le traitement des pneumococcies pulmonaires, peut-elle améliorer le pronostic des P. à P. ?

Il semble que oui. De nombreuses publications en font foi, qui signalent l'amélioration rapide de l'état général. Elle semble devenir le traitement de base dans les formes diagnostiquées.

Il semble enfin que la large utilisation des sulfamides par voie intra-péritonéale, sous-cutanée, puis buccale, diminue la gravité des opérations faites dans les premiers jours.

Conclusions. — Peut-être est-il encore un peu tôt pour conclure.

Il paraît, à l'heure actuelle, que le diagnostic des P. à P. si difficile puisse être porté plus fréquemment en serrant la clinique.

Que le pronostic en soit moins sombre qu'autrefois. Faut-il attribuer cet heureux résultat à la sulfamidothérapie ? Sans doute pourra-t-on bientôt se prononcer.

Jean Aurégan.

[1] Voir *Gaz. des Hop.* n° 6, 15 mars 1944.

Nécrologie.

Le docteur Serge-Pierre HUARD
1897-1944.

Nous avons appris avec émotion, la semaine dernière, la mort survenue à Paris, après une longue et douloureuse maladie, du docteur Serge Huard, chirurgien des hôpitaux de Paris, ancien secrétaire d'Etat à la Santé.

Le docteur Huard n'était âgé que de 46 ans. Il laissera le souvenir d'un chirurgien de grande classe et d'un homme de cœur. On sait avec quel courage et quelle persévérance il s'appliqua, dans les circonstances les plus difficiles, à mettre sur pied l'Ordre des Médecins. On n'a pas oublié ses efforts lorsqu'il entreprit la tâche immense d'organiser les cadres médicaux dans le pays meurtri.

Avant de commencer sa médecine, Huard avait déjà fait l'autre guerre. Parti comme engagé volontaire, il était revenu lieutenant d'artillerie, décoré de la Croix de guerre.

Interne en 1924 dans la promotion de Sylvain Blondin et de Merle d'Aubigné, il s'orienta aussitôt vers la chirurgie.

Son premier maître fut Auvray, à Laënnec. Il poursuivit son internat chez Victor Veau, Anselme Schwartz et Cunéo.

En 1933, en même temps que Marcel Fèvre, il arrivait au concours de chirurgien des hôpitaux. Après avoir occupé la consultation de l'hôpital Broussais, il retourna comme assistant auprès de Schwartz. Puis, de 1935 jusqu'à la guerre, il fut l'assistant d'Okniczyc. Enfin, il fut élu membre de l'Académie de Chirurgie.

Mon ami Auvray, que la perte de son élève affecte très douloureusement, nous a dit bien souvent en quelle haute estime il tenait Huard. Ne l'avait-il pas désigné, tout récemment, pour le remplacer à l'hôpital de la rue de la Convention.

Huard n'est pas seulement pleuré par ses anciens maîtres et par ses amis, il laisse des regrets unanimes parmi les innombrables confrères qui l'ont vu à l'œuvre et qui ont pu apprécier la noblesse de son caractère.

De tout cœur, nous prions Mme Huard de recevoir l'expression de la respectueuse sympathie avec laquelle nous nous associons à son immense deuil et à celui des quatre enfants que laisse notre confrère. F. L. S.

On annonce la mort de :

M. le Dr Paul Rudaux, professeur honoraire de clinique obstétricale à la Maternité.

CHRONIQUE

Quelques réflexions sur la pléthore médicale

L'appel de la campagne.

La pléthore médicale existe-t-elle vraiment ? Oui et non.

Notre pays a besoin, pour réparer ses forces, des soins attentifs dévoués de nombreux praticiens. Un de mes premiers maîtres à l'Ecole de Nantes, Viaud-Grand-Marais, nous disait souvent, et il le disait en latin : le médecin est celui qui guérit. Mais la médecine a évolué depuis ce temps bien lointain ; elle n'est plus seulement l'art de guérir ; elle est aussi hygiénique et prophylactique, elle est surtout devenue sociale. Dépister la tuberculose, donner des conseils à l'occasion d'un mariage projeté, surveiller la santé des ouvriers d'usine, vacciner contre plusieurs maladies infectieuses, toutes ces besognes et d'autres du même genre fournissent un travail nouveau à l'activité médicale ; pour les bien remplir, avec conscience et sans hâte, il faut de nombreux tâcherons.

Ne nous effrayons donc pas du nombre très élevé, un peu trop élevé peut-être, je le reconnais, des étudiants en médecine. Ne limitons pas trop ce nombre. Les jeunes confrères ne chômeront pas, s'ils consentent à s'orienter plus souvent qu'autrefois vers l'exercice de la médecine à la campagne. S'il y a, en effet, pléthore médicale dans les grandes villes, il est certain que la campagne n'a pas assez de médecins.

Dans la ville que je connais le mieux, on compte beaucoup de médecins, parmi lesquels un très grand nombre de spécialistes. Les malades se ruent vers les cabinets de consultation des cardiologues, gastro-entérologues et autres logues ; au médecin de famille, qui tend à disparaître, hélas ! restent les petits malaises, les cas obscurs et l'appendicite, celle-ci honorant somptueusement le chirurgien et beaucoup moins le médecin auquel est réservé le privilège de la responsabilité.

La pléthore médicale des grandes villes fait que certains confrères pratiquant la médecine générale y vivent dans une gêne cachée par des apparences de luxe et, s'ils ont élevé plusieurs enfants, la liquidation de leur succession ne donne pas grand travail au notaire.

Quand j'étais étudiant, on considérait la campagne comme n'ayant droit qu'aux médecins les moins instruits et les moins capables. Tout jeune homme, fier de quelques succès scolaires, ne rêvait que le départ pour Paris, avec la préparation des concours qui mènent à la célébrité. De ces déracinés, combien sont restés en panne sur le chemin de la gloire ! Nos lectures — je crois beaucoup à l'influence des lectures sur la mentalité des adolescents — nous fortifiaient dans cette idée complètement fausse. Flaubert, fils d'un médecin pourtant, a fait du praticien de campagne un portrait peu flatteur.

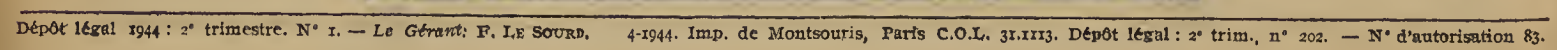
On ne saurait trop s'élever contre cette opinion. Je connais beaucoup de médecins de campagne. Ce sont des confrères instruits et consciencieux, souvent remarquablement cultivés et secondés par des femmes aimables et distinguées qui reçoivent avec une grâce souriante dans un cadre qu'elles savent rendre élégant.

La campagne n'est pas triste, comme beaucoup se l'imaginent à tort. En ce moment, l'hiver est dur et les levers de soleil ont des teintes peu éclatantes, encore que très belles, mais le soir il fait meilleur au coin du feu qu'auprès d'un radiateur lugubre ; en avril, ce sera la douce espérance, chantée par Rémi Belleau, puis viendra la fenaison qui charmait tant Mme de Sévigné, les vendanges joyeuses au pays Nantais quand la récolte du muscadet est bonne, et ensuite on admirera la rose d'automne « plus qu'une autre exquise ».

Tout se sait et très vite à la campagne grâce à la T.S.F. ; les nouvelles du monde entier arrivent chaque jour plus ou moins exactes ; le moindre valet de ferme est au courant de ce qui se passait hier sur le front russe ou près de l'île de Bougainville. Aimez-vous la musique ? Tournez un bouton pour entendre d'admirables concerts.

Et puis, dernière considération d'ordre plus matériel. La campagne est actuellement très riche. L'agriculteur, le vigneron n'hésitent pas à appeler le médecin dès les premiers symptômes d'une maladie ; ils l'honorent sans retard et sans récriminations contre le chiffre demandé. Un radiologue me disait récemment que des campagnards viennent se faire radiographier alors qu'ils ne sont pas malades, et tout simplement parce que leur voisin, lui malade, a été radiographié. Ils sont quelque peu « glorieux » de pouvoir dépenser largement. Profitez de cette situation, confrères, honnêtement d'ailleurs et sans en abuser ; elle ne durera peut-être pas toujours.

M. BRELET, Nantes.


Dépôt légal 1944 : 2e trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. Le Sourd. 4-1944. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 2e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 8. — 15 AVRIL 1944 117e ANNÉE Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENTS — Un an : France et Colonies, 75 fr. Étudiants, 40 fr. Étranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Internat en médecine 1943. — *Classement des candidats reçus Internes:*

1, Houdard Claude; 2, Contamin François; 3, Chevillotte Roger; 4, Tourneur Rodolphe; 5, Frileux Claude; 6, Gueraud Louis; 7, Tournebœuf Pierre; 8, Sarrazin Paulin; 9, Robert Henry; 10, Hans Dominique; 11, Ferry Camille; 12, Boissière Henri; 13, Fourdinier Guy; 14, Lamy-Robert Jean; 15, Satge Marie-Louis; 16, Mazars Gabriel; 17, Léger Michel; 18, Rousseau Georges; 19, Pichot Pierre; 20, Mlle Garnier Christiane;

21, Monod-Broca Philippe; 22, Pertuiset Bernard; 23, Faurel Jean; 24, Viollet Guy; 25, Gauchy Albert; 26, Bonnette Jean; 27, Combet Jean; 28, Chardin Daniel; 29, Mme Guinard, n. Bourgeois; 30, Burgot Pierre; 31, Christol Daniel; 32, Prévost Henri; 33, Michon Lucien; 34, Fournier Michel; 35, Suquet Yves; 36, Bruezière Jacques; 37, Gaulard Olivier; 38, Perraudin Charles; 39, Le Bourg Jean; 40, Houssay Michel;

41, Lafourcade Jacques; 42, Poulet Jacques; 43, Forgeais Alfred; 44, Weber René; 45, Périer Roger; 46, Nebout Jean; 47, Mouret Jean; 48, Delbarre Florian; 49, Decroix Guy; 50, Merlier Max; 51, Sainrapt André; 52, Darnis François; 53, Delater Jean; 54, Canivet Jean; 55, Galey Jean; 56, Dessertenne François; 57, Pellot Claude; 58, Pierart André; 59, Mlle Aïtoff Hélène; 60, Robin Jacques;

61, Aurousseau Robert; 62, Pichon Rémy; 63, Rathery Michel; 64, Maigne René; 65, Mouzon Michel; 66, Sors Christian; 67, Guinard Pierre; 68, Bailly Roger; 69, Bourdy Yves; 70, Sibertin-Blanc Michel; 71, Guillemart Jean; 72, Lhermitte François; 73, Millot Jean; 74, Maurin Xavier; 75, Alisson Michel; 76, Benezech Pierre; 77, Richard Henri; 78, Chevrolle Jacques; 79, Cœuilliez Albert; 80, Hartmann Jean;

81, Delagarde Pierre; 82, Tola Richard; 83, Hartmann Lucien; 84, Roujeau Jean; 85, Arnaud Louis; 86, Mme Pillet, n. Savaton; 87, Lallemand Jean; 88, Poirier Maurice; 89, Leddet Antoine; 90, Carraud Joseph; 91, Tchekhoff Serge; 92, Reymond Jean; 93, Gross Jean; 94, Muler Henri; 95, Spriet René; 96, Hourtoulle Robert; 97, Jacquemin Jean; 98, Kbrat Georges.

Classement de MM. les Externes en Premier :

1, Meker Henri; 2, Faure Clément; 3, Flurin René; 4, Lamy-Robert Jean; 5, Œconomos Doros; 6, Bouffard Jacques; 7, Cerbonnet Georges; 8, Larget Paul; 9, Dubray-Vautrin Jacques; 10, Dubrisay Jacques; 11, Adam Henry; 12, Legrand René; 13, Pillois Jean; 14, Coffin Edouard; 15, Lapresle Claude; 16, Berthaux Paul; 17, Tiret Maurice; 18, de Ponton d'Amécourt Fernand; 19, Zadikian Léon; 20, Duval René;

21, Dumas Michel; 22, Chapuis Gilbert; 23, Bleibtreu Marcel; 24, Meininger Jean; 25, Mariette Louis; 26, Wissa-Wassef Horus; 27, Gougeon Jacques; 28, Crosnier Jean; 29, Woimant Bernard; 30, Cresson Henry; 31, Legendre Roger; 32, Rongier Pierre; [illegible], de Person Pierre; 34, Chevret Robert; 35, [illegible]normand Henri; 36, Meary Robert; 37, Bour[illegible] Michel; 38, Couinaud Claude; 39, Raynaud Jean; 40, Amondruz Jean;

41, Desvignes Pierre; 42, Lallemant Yves; 43, Cambessédès André; 44 Mlle Larmoyer Marie; 45, Martin Jean; 46, Renault Paul; 47, Bour Pierre; 48, Vaujour Pierre; 49, Lemerre Lucien; 50, Lemaire Marcel; 51, Solignac Henri; 52, Pilven Yves; 53, Daffos Jacques; 54, Nicol Marcel; 55, Laronique Guy; 56, Hatt Pierre; 57, Trelat Jean; 58, Duhamel Jean; 59, Dessus Henri; 60, Pinel Jacques;

61, Laham Jean; 62, Bernier Etienne.

Concours de l'Externat, Promotion 1943-1944.

Classement des candidats reçus (juin et décembre):

Viard, Basset, Clamagiraud, Le Mur, Montouchet, Mlle Jeanne, Goudal, Boujon, Pellerin, Mlle Gobert, Comby, Mlle Raveau, Thuillez, Hindermeyer, Bouchard, Solamito, Meyer, Mlle Garrigues, Thiollet, Lande.

Rogé, Vincent, Vanbremeersch, Mlle Romain, Mlle Belligand, Chappuis, Beauchamps, Maillard, Bouchard, Richard, Renaux, Jagailloux, Mlle Lhommet-Isoard, Robin, Cuisiniez, Mlle Rabeyroux, Philippon, Billaudet, Michaux, Foissin.

Billot, Cendron, Hauville, Sarrat, Cadoré, Mlle Mulsant, Laroche, Boileau, Holzer, Helie, Mlle Frémont, Laennec, Martin, Bloch-Laroque, Mlle Frey, Boisselier, George, Leconte, Hamard, Challaye.

Brumant, Benard, Damoiseau, Porte, Baué, Chartier, Bourguignon, Mevel, Florent, Moreau, Helaine, Mlle Dupuy, Dubost, Leprat, Duparç, Forestier Franquet, Mlle Descola, Longnos, Fourcade.

Fleury, Ziegler, Perdriel, Ribierre, Mlle Puiseux, Fossard, Couvreur, Mlle Martinet, Boucher, Le Besnerais, Mlle Perrin, Marie, Deschamps, Gevraise, Rozet, Lotte, Mlle Thomas, Chambellant, Cauche, Mlle Stoecklin.

Gandon, Renier, Mlle Nasse, Martin dit Dupray, Mlle Lefebvre, Nadal, Picard, Descamps, Bourneuf, Chigot, Ranty, Mlle Devin, Loustau-Chartez, Mlle Mattéi, Laburthe-Tolra, Aloin, Poitrinal, Legrain, Hue, Garbay.

Jerome, Thomas, Poisson, Berthaut, Cartier, Mlle Liger, Delorière, Psaume, Griffe, Guyard, Langeard, Clavel, Morigny, Verneaux, Hubault, Lesage, Hautefeuille, Mlle Gascuel, Mlle Bion, Wargnier.

Sicot, Renou, Prévost, Vigneron, Clavreul, Moreau, Segaud, Mathet, Bataillard, Poinot, Sabouraud, Heymans, Martini, Bertrand, Cattoen, Paillard, Mlle Launey, Dorotte, Flin, Lebreton.

Maisse, Mlle Wormser, Lefort, Zerolo, Collot, Marest, Guyot, Ville, Amaury, Legros, Richard, Peltier, Elie, Leblanc, Savoie, Thibault, Vanhove, Hervouet, Jabert, Martelli.

Gautard, Paychère, Pollet, Mlle Perrin, André, Vallet, Lebarbe, Mazel, Brugnon, Mlle Neyrat, Carpentier, Louvot, David, Hamery, Chabot, Ortega, Hardy, François, Lenormand, Bertran.

Godet, Lainé, Meillaud, Huertas, Demazure, Maguer, Legraverend, Bargues, Bourrillon, Mlle Foisy, Mathis, Carayon, Mlle Hausslein, Olivier, Bailly, Thiron, Castillon du Perron, Blancheton, Aloin, Breitman.

Jardin, Olivier, Malan, Soule, Mme Courtois née Calon, Mlle Gérard, Poggioli, Bouvier, Mme Raguet née Guilliams, Derenne, Bucaille, Fonquernic, Chevalier, Denoel, Durand, Jeulin, Mensior, Fontaine, Cadiot, Petitjean.

Auvigne, Dupré, Lehodey, Leclercq, Gayet, Benedetti, Avakiantz, Ramon, Leproux, Bouvier, Gesp, Drumez, Mlle Venes, Triboulet, Mlle Meyer, Ybert, Peuvion, Mlle Jolly, Buchet, Millard.

David, Tronche, Maurou, Sesboue, Maurer, Lemaire, Landrieu, Blondet, Casales, Fayet, Gourinat, Garnier, Ly-Van-Ky, Mirot, Vincent, Mlle Dufresne, Mlle Gober, Rouot, Mlle Sorrel-Dejerine, Le Lay.

Gaspard, Dorenlot, Mlle Larquier, Baudouin, Arsac, Rivet, Lataste, Mlle Lhugnot, Robert, Petit, Jarry, Mlle Diard, Fraquet, Solignac, Lacombe, Theron, Mlle Jouy, Thoreux, Pedrono, Bucaille.

Boulard, Barry, Le Bourhis, Magnet, Larangot, Mlle Blot, Mlle Spinasse, Rejou, Masse, Mlle Clermont, Brunet, Cramer, Massart.

Maison de Saint-Lazare. — *Concours de l'Internat.* — Ont été nommés: internes titulaires: MM. Leca, Blant, Guibert, Siboulet. Internes provisoires: MM. Latrabe, Bureau, Gombert, Batailloud, Joubert, Hénoch.

Questions posées (ECRIT): Arthropathies tabétiques. Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra utérine. Zona.

(ORAL): Diagnostic des roséoles.

Préfecture de police. — Un concours sur titres pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au Service médical de nuit aura lieu à la

Préfecture de Police à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent à la Préfecture de Police (Sous-direction du Personnel) où tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera définitivement clos le 22 avril 1944.

Hospice Paul-Brousse.

Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'Hospice départemental Paul-Brousse, 14, avenue des Ecoles, à Villejuif (Seine), à la Section hospitalière de l'Institut du Cancer et à la Maison de retraite de Villejuif.

Un concours pour 5 places d'internes en médecine à l'Hospice Paul-Brousse, à l'Institut du Cancer et à la Maison de Retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 19 juin 1944. Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er juin de l'année du concours. Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service des Etablissements départementaux d'Assistance, 1er Bureau, Annexe Lobau, Escalier A, 2e étage, Pièce 233, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 1er au 13 mai inclus.

Faculté de Médecine de Paris

En exécution des décisions ministérielles prescrivant pour le 15 juin la clôture de l'année scolaire, les modifications suivantes sont apportées aux dates de délivrance de la réinscription de l'année scolaire en cours, ainsi qu'aux dates limites de consignations aux examens de clinique et à la soutenance de thèse.

La délivrance de la dernière inscription 1943-1944 aura lieu : pour les étudiants des 5 premières années : du 5 au 15 juin; pour les élèves de la sixième année, devant soutenir leur thèse avant le 15 juin : du 25 mai au 1er juin, sur justification du stage du 2e semestre ou du certificat de fonctions d'interne ou d'externe.

La date limite de consignations aux examens de clinique des candidats désirant passer avant les vacances, est fixée au mardi 9 mai.

La date limite de dépôt du manuscrit de thèse en vue du permis d'imprimer, est fixée au 20 mai et le dépôt des exemplaires à la bibliothèque au 5 juin. Après les deux dates ci-dessus : 20 mai et 5 juin, aucune assurance ne pourra être donnée aux candidats qu'ils soutiendront leur thèse avant la clôture de l'année scolaire.

Leçon inaugurale. — M. le Professeur Pierre LANTUÉJOUL fera sa leçon inaugurale (chaire de clinique obstétricale) le mardi 25 avril 1944, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Concours du prosectorat (4 places). — Ce concours s'ouvrira le 2 mai. Inscriptions jusqu'au 21 avril inclusivement.

Concours de l'adjuvat (8 places). — Le concours s'ouvrira le 1er mai. Inscriptions jusqu'au 20 avril inclusivement.

Facultés de Médecine de Province

Lille. — M. Huriez, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (M. Bertin, retraité.)

Montpellier. — M. Aimes, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique gynécologique (M. Lapeyre, transféré.)

Santé publique

Commission permanente du Codex. — Sont nommés membres correspondants de la Commission pour une durée de trois ans :

MM. Astruc (de Montpellier), Bedel (de Paris), Bosviel, Bouvet, Balaire (de Lille), Brustier (de Toulouse), Boulangier (de Lille), Bagnard (de Toulouse), Bonnefoy et Boivin (Institut Pasteur), Bruère, Caujolle (de Toulouse), Cordier (de Strasbourg), Chambon (de Lyon), André Choay, Cuny, Cheymot (de Paris), Chelle (de Bordeaux), Courtois (de Paris), Daniel-Senac, Daligne (de Montpellier), Dehay (de Lille), Dujarric de la Rivière (Inst. Pasteur), Dubouloz (de Marseille), Fandre, Guillaume (de Strasbourg), Golse (de Bordeaux), Guillaumin, Guillaumez (Inst. Pasteur), Guillot (de Paris), Hervieux (de Toulouse), Jaulmes et Juillet (de Montpellier), Justin-Besançon et Kling (de Paris), Lespagnol et Lepoutre (de Lille), Lafaille (Inst. Pasteur), Labat (de Bordeaux), Meunier (de Nancy), Manceau (de Lyon), Mercier (de Marseille), Prevet, Penciollelo, Polonovski (de Paris), Paget (de Lille), Ponthus (de Lyon), Ravaud, Revol (de Lyon), Roche (de Marseille), Mme Randoin, MM. Ronchèse, Raquet (de Lille), Sénèque (de Paris). Savy (de Lyon), Tapernaux (de Lyon), Vitte (de Bordeaux), Vincent (de Toulouse), Wilmoth (de Paris).

Sanatoriums publics. — Mme le Docteur Schouller est réintégrée dans le cadre des médecins de sanatoriums publics et nommée médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

M. le Dr Langeard, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffe (Côtes-du-Nord), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Grotte Saint-Bernard (Charente).

M. le Dr Brenugat, médecin adjoint au sanatorium de la Grotte Saint-Bernard, a été nommé médecin adjoint au sanatorium de Bodiffe (Côtes-du-Nord).

Le *J. O.* du 18 mars publie le décret n° 683 du 7 mars fixant les traitements et classes des médecins des sanatoriums publics.

Inspection de la santé. — M. le Dr Dufour, médecin inspecteur adjoint de la santé des Bouches-du-Rhône, a été promu, sur place, médecin inspecteur de la santé.

M. le Dr Abbal, médecin inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes, a été affecté, en la même qualité, dans le département des Bouches-du-Rhône.

Mlle le Dr Laporte, médecin inspecteur adjoint de la santé du Tarn, a été affectée, en la même qualité, dans le département du Gard.

M. le Dr Muller a été nommé médecin inspecteur adjoint de la santé intérimaire dans le département de l'Isère.

M. le Dr Bretagne a été nommé médecin inspecteur adjoint de la santé intérimaire dans le département des Bouches-du-Rhône.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Par arrêté du 29 mars 1944, M. le Dr Rouèche est nommé membre de la commission maternité et enfance du Conseil permanent d'hygiène sociale.

ORDRE DES MEDECINS

Service médical de nuit. — La Préfecture de Police nous fait connaître qu'en attendant l'organisation d'un concours pour le recrutement de médecins du Service médical de nuit relevant de cette Préfecture, elle envisage la désignation de 10 médecins à *titre temporaire*.

Les médecins du Service médical de nuit, chargés des soins d'urgence, assurent une nuit de garde tous les 5 jours. Ils reçoivent une vacation de 230 fr. par nuit de garde (cette somme sera portée prochainement à 300 fr.). Une automobile est mise à leur disposition.

Les demandes doivent être adressées au Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), qui est chargé de donner son avis sur cette nomination temporaire.

Circulation durant les alertes. — En raison des difficultés que rencontrent les confrères dans leurs déplacements durant les alertes, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a décidé de mettre à leur disposition un *brassard*, insigne qui leur supprimera les trop nombreux arrêts qu'ils doivent subir.

Le service de la Défense passive a donné son accord. Ces brassards ne peuvent être remis qu'aux médecins en possession du laissez-passer d'alertes.

Le Comité de Coordination des Collèges départementaux de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne s'est réuni le 19 mars 1944 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Dr Larget.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à une discussion relative à l'interprétation qu'il y a lieu de donner à l'article 4 de la convention passée en avril 1942 entre l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région Parisienne et les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins. L'article 4 de cette convention prévoit que les Conseils de l'Ordre veilleront à ce qu'en règle générale il ne soit demandé aux assurés sociaux que les honoraires minima fixés par lesdits Conseils. Or, d'assez nombreux médecins chirurgiens et spécialistes, même n'ayant aucun titre universitaire ou hospitalier, demandent aux assurés sociaux des honoraires largement supérieurs aux honoraires minima. D'où plaintes des Caisses qui estiment que certains Conseils départementaux ne remplissent pas leurs engagements en ne rappelant pas les confrères au respect tant des stipulations du contrat que des articles 18 et 21 du Code de Déontologie. Après une longue discussion où tous les aspects du problème ont été envisagés, aussi bien du point de vue social que de celui des intérêts professionnels, le Comité de Coordination a décidé, à l'unanimité des membres présents, de demander à l'Union des Caisses la réunion de la Commission Paritaire Union des Caisses-Ordre des Médecins afin d'arriver à un accord pratique donnant satisfaction aux deux parties en cause.

L'attitude du Comité de Coordination vis-à-vis de la Mutualité et notamment vis-à-vis des Caisses chirurgicales mutuelles, a fait également l'objet d'un important débat. Celui-ci s'est déroulé dans le même esprit de collaboration avec les organismes mutualistes auxquels la Charte du Travail donnera vraisemblablement une nouvelle impulsion dans les mois qui vont suivre.

Parmi les nombreuses autres questions examinées au cours de la séance du 19 mars, citons celles de la révision de la nomenclature, révision qui paraît maintenant terminée et celle de l'application dans les hôpitaux de la Région parisienne du règlement d'administration publique du 17 avril 1943 sur la réforme hospitalière, application à laquelle seront appelés à participer à la fois les Conseils départementaux et le Comité de Coordination.

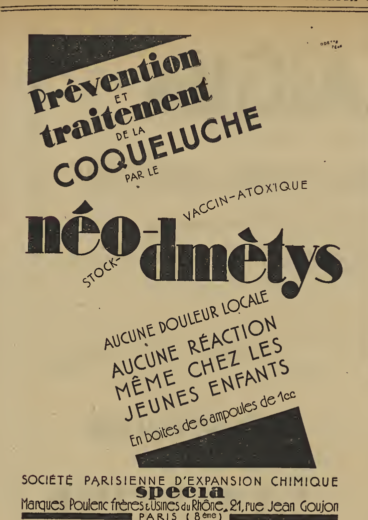
Enfin, le Comité de Coordination, dans un but d'information toujours plus étendu, a décidé de convoquer désormais à toutes ses séances un représentant des différentes catégories de médecins spécialisés.

Naissance

Le Dr Robert Cabasson, du Pradet (Var) fait part de la naissance de sa fille Françoise. Marseille, 25 mars 1944.

Renseignements.

A céder, cause décès, très bon cabinet médical campagne Normandie. — Ecrire M. C., bureaux du journal.


Prévention
ET
traitement
DE LA
COQUELUCHE
PAR LE
VACCIN-ATOXIQUE
néo-dmètys
STOCK-
AUCUNE DOULEUR LOCALE
AUCUNE RÉACTION
MÊME CHEZ LES
JEUNES ENFANTS
En boites de 6 ampoules de 1cc
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
specia
Marques Poulenc frères & Usines du Rhône, 21, rue Jean Goujon
PARIS (8ème)


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


UNE BOUILLIE
liquide
ET QUI
nourrit


DIASE
CÉRÉALE
LA BOUILLIE MALTOSÉE fluide
R.-L. Dupuy
Ets JACQUEMAIRE · VILLEFRANCHE (RHONE)





REVUE GENERALE

LES MYÉLOMES [1]

par

G. Jeanneney,

Professeur de Clinique chirurgicale,

A. Goumain et R. Tingaud,

Chirurgien des Hôpitaux Chef de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les myélomes osseux constituent une affection nettement définie qui se caractérise anatomiquement par son développement aux dépens des éléments de la moelle osseuse, et biologiquement par un syndrome fait d'une hyperprotidémie et d'une albuminurie particulière : l'albumosurie de Bence Jones.

S'ils se présentent le plus souvent sous la forme d'une affection généralisée à laquelle on doit réserver le nom de maladie de Khaler, il faut faire une place spéciale aux myélomes à localisation unique ou peu nombreuses, qui présentent une évolution plus lente et un pronostic moins sombre.

HISTORIQUE

Mac Intyre en donne en 1850 la première description anatomique ;

Buschen (1873) décrit une sarcomatose primaire à foyers multiples de la moelle ;

Rokitansky, en 1873, constate que ces tumeurs se cantonnent à la moelle osseuse et il emploie le premier le terme de myélome ;

Khaler, en 1889, découvre, au cours de l'évolution, une albuminurie spéciale que Bence Jones avait déjà étudiée au cours d'un syndrome urinaire spécial ;

Wright, en 1900, décrit le premier cas de plasmocytome.

Etude histologique. — Se développent alors :

En France, les travaux de Dubort, Vignard et Gallavardin, Devic et Bériel.

A l'étranger : ceux de Hoffmann, Mac Callum, Hirschfeld qui précisent les caractères anatomiques.

Depuis 1920, de nombreux travaux sont publiés sur la question. Citons ceux de Masson et Wolff sur les plasmocytomes, Martin et Colrat Dechaume, Levret, Guichart.

En 1928, Berlung, dans son étude sur les réticulosarcomes, établit la place nosologique exacte des myélomes.

Les traités modernes d'hématologie (Noegeli, Ferrata, Aubertin) leur consacrent une large part.

Parmi les travaux récents, nous citerons l'ouvrage de Sabrazes, Jeanneney et Mathey-Cornat ; la thèse de Catinat ; la thèse de Léger (Bordeaux 1940), auxquels nous avons fait de larges emprunts, et l'article de Tavernier dans le « Journal de la Chirurgie » de 1941, à propos des formes à localisation unique.

ETIOLOGIE

C'est une affection rare, néanmoins l'appréciation de sa fréquence est parfois fausse, car, d'une part, certains sarcomes globo-cellulaires ne sont autres que des myélomes, et, d'autre part, les sarcomes d'Ewing, au début de leur étude, ont été classés parmi les myélomes.

La fréquence maxima se situe à un âge moyen ou avancé. On cite néanmoins quelques cas chez les jeunes.

Ils sont environ deux fois plus fréquents dans le sexe masculin.

Le traumatisme est rarement invoqué. L'infection a un rôle discuté et qui semble bien problématique. L'ostéomalacie aurait parfois un certain rapport avec la maladie de Khaler.

Nature et place nosologique exacte des myélomes au sein des affections de la moelle osseuse :

1° Un court rappel histologique est nécessaire si l'on veut classer et situer exactement les myélomes.

Notons d'abord que chez l'adulte la moelle hématogène n'existe plus qu'au niveau des os plats, des os courts et des épiphyses des os longs, ce qui nous explique dans une certaine mesure la localisation des myélomes.

Les cellules qui constituent la moelle dérivent du mésenchyme.

La *formation du tissu myéloïde* peut être schématisée dans le tableau suivant :

hémohistioblaste (cel. mésodermique fixe)
↓
hémocytoblaste (cel. mésodermique libre)
↓
leucoblaste
↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Mégaloblaste — Normoblaste — Myéloblaste — Monoblaste — Mégakaryocyte

Mégaloblaste → Mégalocyte
Normoblaste → Réticulocyte → Erythrocyte
Myéloblaste → Promyélocyte → Myélocyte → Métamyélocyte → Poly { neutro, éosino, baso
Monoblaste → Prolymphocyte → Lymphocyte
Monocyte
Mégakaryocyte → Trombocyte

En fait, la lignée lymphoblastique est pour certains auteurs inexistante dans la moelle et les quelques éléments qu'on y trouve viendraient du sang.

Le *tissu réticulo-endothélial* est constitué par un réticulum conjonctif semé de cellules endothéliales étoilées qui possèdent un pouvoir macrophagique certain.

La ponction de la moelle donne une idée exacte du pourcentage de chacune des cellules constituant la moelle osseuse.

A l'état normal, voici les chiffres donnés par Dèbre, Lamy et Sée : poly neutro, 38 à 40 % ; éosino, 2 % ; métamyélocytes neutro, 6 à 7 % ; myélocytes neutro, 12 à 14 % ; éosino, 2 % ; promyélocytes, 0,5 % ; myéloblastes, 0,5 à 2 % ; mastzellen, 1 p. 500 ; lympho, 8 à 10 % ; moyens monos, 8 à 10 % ; monocytes, 1,5 à 2 % ; plasmocytes, 0,5 % ; globules rouges nucléés, 10 à 20 % ; mégacaryocytes, très rares.

Certains auteurs modernes, employant la trépano-ponction sternale sur laquelle nous aurons à revenir, donnent des chiffres beaucoup moins élevés en polys et en lymphos, d'une façon générale en cellules adultes : celles-ci proviendraient pour une grande part du sang que l'on retire en même temps que les produits médullaires.

En résumé, nous rencontrons au niveau de la moelle osseuse des éléments de la série blanche : polynucléaires, mononucléaires, les éléments de la série rouge, des plasmocytes, des éléments conjonctifs faisant partie du système réticulo-endothélial.

Nature des myélomes :

Est-ce une hyperplasie ou une néoplasie ?

De nombreux arguments plaident en faveur de cette dernière conception. Le principal est constitué par les caractères malins des cellules néoformées : karyokinèses abondantes et anarchiques, figures de dégénérescence et d'évolution cellulaires (noyaux multiples ou bourgeonnants). Deux conceptions s'opposent pour expliquer la multiplicité des nouveaux foyers.

Certains auteurs considèrent que l'un des foyers est primitif et que les autres sont secondaires.

La seconde conception — celle qui semble la plus exacte — est celle qui fait du myélome une néoplasie de système. Les arguments en faveur de cette conception sont :

— l'absence de tumeur principale ;

— la multiplicité des nodules qui semblent éclore spontanément ;

— le même degré de développement de différents foyers ;

— l'extrême rareté des localisations viscérales et ganglionnaires.

Place nosologique exacte par rapport aux affections de la moelle osseuse hématopoiétique :

Les leucémies : les états sub-leucémiques et même les myélomatoses aleucémiques constituent les myélomatoses typiques caractérisées par l'hyperplasie diffuse de cellules différenciées appartenant à tous les types de tissu médullaire normaux.

Le myélome des os est, au contraire, une myélomatose atypique s'opposant aux précédentes par le fait que, non seulement les éléments anormaux ne passent pas dans le sang, mais se substituent à la moelle normale, aboutissant même à une diminution des éléments médullaires dans le sang périphérique.

Néanmoins, il existe des formes de transition ; c'est ainsi que l'on rencontre des leucémies s'accompagnant parfois de destruction osseuse avec décalcification intense, et que l'on peut voir dans l'ostéomalacie et dans le chlorome coexister :

— une raréfaction osseuse plus ou moins marquée ;

— une hyperplasie diffuse du tissu médullaire avec — dans le chlorome — passage dans le sang circulant, des éléments blancs jeunes.

Le sarcome d'Ewing est une néoplasie développée aux dépens des cellules endothéliales : aussi apparaît-il comme faisant partie du même groupe d'affection que les myélomes.

(1) Travail du Service de Clinique chirurgicale et Gynécologique (Hôpital Saint-André, Bordeaux).

Le schéma suivant, emprunté à la thèse de Catinat, montrera l'étroite parenté entre ces diverses tumeurs :

Cellule réticulaire indifférenciée.

↓ cel. réticul. diff. → (réticulosarcome)
↓ cel. endothéliale → (réticuloendothéliome) sarcome d'Ewing)
↓ hémocytoblaste

↓ plasmocyte (plastocytome)
↓ myéloblaste (réticulomyélo-sarcome) → myélocytes (myélocytomes)
↓ lymphoblaste (réticulolym-phosarcome) → lymphocytes (lymphocy-tomes
↓ érythroblaste (érythroblas-tome)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les localisations sont presque toujours multiples dès le premier examen.

Les localisations électives sont : le sternum, les côtes, la clavicule, constituant le rosaire para-sternal.

Les autres localisations, relativement fréquentes, sont : les vertèbres, le crâne, les diaphyses fémorales et humérales, le bassin, les omoplates.

Etude macroscopique :

Evolution. — Le foyer d'origine est la moelle osseuse. Les myélomes forment là des tumeurs d'abord localisées, circonscrites, isolées dans le tissu graisseux.

Puis ces tumeurs se disséminent, confluent par petits noyaux — gros comme un pois ou une cerise — criblant les espaces médullaires et le tissu spongieux des os plats, finissant par se substituer par place à l'os sans démarcation nette.

Néanmoins, cet envahissement endo-osseux n'atteint jamais le degré de diffusion extrême du sarcome d'Ewing ; l'os reste assez longtemps inchangé en gros, puis il se tuméfie par endroit, le périoste se soulève, il est ensuite lui-même perforé.

L'invasion des différentes pièces osseuses se fait par les canaux de Havers. L'envahissement des autres portions du squelette s'effectue par le sang et la lymphe aboutissant à la formation de myélomes multiples. A un stade avancé, l'os est décalcifié, réduit à une mince coque. Il est alors ramolli et flexible.

A la loupe. — L'os a une consistance friable.

On trouve des nodules mous de teinte grise ou rouge vineux suivant leur vascularisation, certains sont très hémorragiques, parsemés de kystes.

L'étude des différentes pièces du squelette montre des lésions parfois assez caractéristiques :

La *colonne vertébrale* est en général déformée dans sa portion thoracique, incurvée en cyphose.

Les corps vertébraux renferment de multiples tumeurs de volume variable, de coloration blanc grisâtre, ou rougeâtre, suivant la vascularisation, opaques ou translucides, de consistance molle, parfois gélatineuse, sans formations trabéculaires.

La destruction des corps vertébraux aboutit à des écrasements et à des déformations de la colonne vertébrale, prenant un aspect pseudopottique. Parfois même les vertèbres sont constituées d'une mince coque osseuse enfermant une substance gélatineuse. Ces écrasements et ces déformations peuvent comprimer les racines et la moelle elle-même.

Les *côtes* et *le sternum* montrent macroscopiquement des tuméfactions ovoïdes rendant l'os friable et cassant.

A la coupe, le tissu osseux est réduit à une coque mince autour d'une tumeur développée au centre de l'os.

Dans le sternum, on trouve des nodules plus volumineux, plus diffus, pouvant distendre la cavité médullaire amincie et perforer la lame osseuse. La tumeur fait alors saillie sous le périoste, qu'elle peut perforer, envahissant les tissus voisins.

Le *crâne* présente en général des atteintes moins importantes. On y rencontre soit de petites tumeurs ne faisant pas saillie et visibles seulement sur la coupe, soit des tumeurs osseuses et s'étalant entre la dure-mère et l'aponévrose épicranienne.

Toutes ces tumeurs ont une coloration violacée.

Les *os longs* sont encore plus rarement atteints.

Les nodules peuvent avoir un volume considérable et la destruction de la coque osseuse peut être à l'origine de fractures spontanées.

A côté de ces lésions osseuses, la moelle hématogène est le plus souvent graisseuse, parfois un peu rouge au pourtour des nodules ; la rate et les ganglions sont normaux le plus souvent ; ils sont rarement augmentés de volume et de teinte rougeâtre : dans ce cas, il s'agit d'érythrocytomes.

ETUDE HISTOLOGIQUE

Suivant la lignée cellulaire électivement touchée se distinguent différentes sortes de tumeurs :

Des formes typiques :

Tumeurs provenant de la lignée blanche : myélocytome, lymphocytome, plasmocytome ;

Tumeurs provenant de la lignée rouge : érythroblastome ;

Tumeurs provenant du tissu réticulo-endothélial : endothéliome ou réticulo-sarcome.

Des formes atypiques :

Formes mixtes ;

Formes inclassables.

A. Les formes typiques :

1° Le *Myélocytome* (myéloblastome) a été décrit par Ménestrier.

A la coupe, il est très peu différent du sarcome à cellules rondes : on trouve de larges capillaires reposant sur une paroi collagène fibrillaire peu épaisse.

Les cellules tumorales sont pressées les unes contre les autres. Elles sont sphériques ou polyédriques avec un noyau volumineux arrondi ou reniforme ; leurs dimensions sont un peu plus grandes que celles des myélocytes normaux.

En gros, ce sont des cellules peu différentes du myélocyte. Il s'agit donc plutôt de myéloblastes, la rapidité d'évolution de la tumeur empêchant les cellules de parvenir au stade de maturation. Rarement il s'agit de véritables myélocytes.

2° *Lymphocytome.* — C'est une tumeur à cellules polymorphes, parmi lesquelles on trouve côte à côte : des cellules lymphocytaires typiques, des cellules plus volumineuses à gros noyau vésiculeux, toutes les formes de cellules intermédiaires.

3° *Plasmocytome.* — C'est une des formes les plus fréquentes.

La tumeur est formée de cellules arrondies ou ovoïdes, parfois polyédriques, à protoplasme très basophile à noyau petit, excentrique, entouré d'une zone claire. Ces cellules sont le siège de nombreuses caryokinèses.

La chromatine est disposée en damier, en rayons de roues. Autour du noyau, le cytoplasme est plus clair, c'est là que se trouve le centrosome.

4° *Erythroblastome.* — Ce sont des tumeurs exceptionnelles, décrites par Ribbert en 1904, et par Berger en 1923.

On y rencontre des cellules de deux types différents : les unes à protoplasme basophile, peu différentes des proérythroblastes, les autres à protoplasme hémoglobinifère, peu différentes des mégaloblastes et des normoblastes.

Accessoirement, on trouve des éléments intermédiaires, quelques macrophages, mais pas de granulocytes.

Rarement il y a coexistence de cellules rouges et de myélocytes constituant les érythromyéloblastomes.

5° *Réticulosarcome* (sarcome d'Ewing). — Cette tumeur est formée par des cellules à protoplasma étendu : ni basophile ni granuleux, ni hémoglobinique et à noyau clair.

En général, c'est une tumeur isolée à symptomatologie différente, et qui doit être étudiée dans un chapitre spécial.

B. Les formes atypiques :

1° *Formes mixtes.* — Elles sont fréquentes et de deux sortes : les formes où prédomine un élément et les formes à cytologie bariolée (érythromyéloblastome de certains auteurs).

2° *Formes inclassables.* — Dans lesquelles l'aspect atypique des cellules empêche toute classification.

LESIONS ASSOCIEES

A. Autres lésions du squelette :

La décalcification. — A côté de la décalcification périnodulaire, existe une décalcification parfois très étendue et très importante, pouvant même aller jusqu'à l'ostéomalacie, et être la cause de fractures spontanées. Il existe en outre une amylose particulière péri et intra-articulaire, et une amylose musculaire, intéressant même parfois les muscles lisses du tube digestif, voire même le tissu cellulaire sous-péritonéal, mais présentant son maximum d'importance au sein des nodules myélomateux.

B. Lésions de voisinage :

Il y a une infiltration des tissus voisins par contiguïté et des phénomènes de compression, surtout au niveau des troncs nerveux.

C. Lésions ganglionnaires et spléniques :

Contrairement à l'opinion classique, l'atteinte est exceptionnelle, mais on note assez fréquemment une adénopathie satellite des tumeurs. Néanmoins, Sabrazes, Jeanneney et Mathey-Cornat mentionnent une splénomégalie légère en rapport avec la destruction des produits venant de la lyse des cellules tumorales s'opérant dans la moelle.

D. Lésions viscérales :

Elles sont très discutées.

Des nodosités très voisines des myélomes ont été rencontrées, au niveau de la rate, l'ovaire, des amygdales et des amas lymphoïdes de l'intestin, du foie, des reins.

Les lésions rénales peuvent être de différents types : sclérose rénale, néphrite, dépôts de calcium, qui proviendraient d'un trouble du métabolisme du calcium. Ces dépôts ont été trouvés en outre au niveau du cœur, des reins, de la rate, du pancréas, des gros vaisseaux.

L'HISTOGENESE

Elle est à peu près élucidée.

De même que dans la rate, dans les ganglions et dans le thymus, les éléments cellulaires hématopoïétiques et réticulo-endothéliaux sont

susceptibles d'évoluer, selon les incitations qu'ils reçoivent dans le sens myéloblastique, plasmocytaire, lymphoblastique, érythrocytaire, avec leurs huperplasies et leurs tumeurs correspondantes.

A l'origine, la cellule du système réticulo-endothélial est douée d'un potentiel hématopoïétique total.

Si la tumeur se développe aux dépens des cellules au stade originel, elle aboutira au réticulomyélosarcome.

Si la tumeur se développe à un stade ultérieur de l'évolution cellulaire, elle donnera naissance à un myélosarcome ou myélome.

Signalons enfin que les myélomes peuvent éventuellement donner des réactions hématologiques rappelant un peu celles des autres hyperplasies des organes hématopoïétiques, sans aboutir aux états leucémiques.

CLINIQUE

Le début est lent et insidieux.

Parfois on note quelques douleurs, le plus souvent dans les membres, mais qui peuvent siéger au thorax, au rachis, et à la tête.

Ces douleurs sont vagues, à signification longtemps inconnue.

Au membre supérieur, elles sont étiquetées : douleurs rhumatismales :
Au bassin et à la cuisse, il s'agit de sciatique plus ou moins typique ;
Au rachis, elles sont qualifiées de lumbago ;
A la nuque, aux épaules, elles constituent des névralgies ;
Au thorax, ce sont des douleurs en ceinture, des névralgies intercostales ou des douleurs précordiales peu différentes de celles de l'aortite ou de l'angor ;
A la tête, ce sont des céphalées banales, des hémicranies.

Ces douleurs peuvent manquer parfois, mais leur absence complète semble exceptionnelle (Catinat).

En général, ce n'est qu'au stade de déformation de fractures spontanées qu'on est amené à voir le malade.

A cette époque, les *douleurs* se transforment.

Ce sont des douleurs profondes térébrantes, tenaces, souvent à exacerbation nocturne.

Elles s'accompagnent parfoids de douleurs articulaires ou périarticulaires à type névritique et d'atrophies musculaires, pouvant entraîner une impotence fonctionnelle marquée.

Durant l'évolution, elles tendent à s'atténuer avec le développement de la tumeur et la destruction osseuse. Mais en général elles réapparaissent plus tard, affectant un type différent : ce sont alors des douleurs de compression.

Les *fractures spontanées* existent dans la moitié des cas si on tient compte de celles qui passent inaperçues. Parfois ce sont une ou plusieurs fractures qui donnent l'éveil. Elles témoignent de lésions destructives importantes. Elles peuvent survenir soit quelques semaines soit quelques mois après le début du mal, soit très tardivement. Elle s'observent en général au niveau des côtes, plus rarement au niveau des os longs. Elles surviennent après un effort insignifiant (toux, défécation). On sent alors la crépitation osseuse et on peut à cette occasion découvrir là des tuméfactions de la région ou des régions voisines.

Les *tumeurs osseuses* sont en général d'apparition tardive. Au début, elles sont peu nombreuses, cliniquement inapparentes.

La percussion ou la pression réveillent une douleur à leur niveau. L'os est peu ou pas déformé. Rien, si ce n'est la radio, ne révèle la lésion osseuse. Plus tard, les tumeurs deviennent sous-périostées et gagnent les parties molles. On les reconnaît alors : ce sont des masses molles qui donnent au palper une sensation de crépitation fine.

Ces tumeurs prédominent au crâne et au thorax.

Au crâne, elles font saillie au front, aux tempes et au vertex. Elles ont la grosseur d'une noix ou même davantage, n'adhèrent pas aux téguments mais font corps avec la table externe dans laquelle elles sont enchâssées. Leur consistance est irrégulière, dure ou molle suivant les régions. Elles sont de plus indolentes et non pulsatiles. Leur volume augmente rapidement, puis elles se ramollissent et plus tard on sent à leur contact les os de la voûte perforés comme à l'emporte-pièce.

Au niveau de la face : l'orbite et le maxillaire peuvent être envahis.

Ces tumeurs sont fréquentes au thorax. Elles semblent avoir une affinité particulière pour les régions sterno-costo-vertébrales. Elles voussurent le sternum et sur les côtes elles forment des tumeurs allongées, ovoïdes, aux limites diffuses. Leur consistance est successivement dure ou molle et leur volume varie de la grosseur d'une noix à celle d'une mandarine. Les fractures au niveau des côtes sont fréquentes. S'il s'en produit plusieurs, le thorax peut s'affaisser. Au niveau du bassin et du fémur ces tumeurs peuvent demeurer longtemps ignorées si aucune fracture ne vient les révéler.

Le tibia est souvent et longtemps respecté.

D'une façon générale ce qui frappe dans l'évolution de ces tumeurs c'est leur croissance rapide. Chaque semaine la clinique et la radiologie en découvrent de nouvelles.

En général l'examen des autres appareils ne révèle que peu de choses.

La rate et les ganglions sont exceptionnellement hypertrophiés, contrairement à l'opinion classique. Mais assez fréquemment on note une adénopathie satellite des tumeurs.

Néanmoins on peut rencontrer une splénomégalie en rapport avec la destruction des cellules s'opérant dans la moelle.

Les reins peuvent être touchés. Le fonctionnement rénal est parfois altéré : le taux de l'urée et de l'azote résiduel sont un peu augmentés et la constante d'Ambard un peu plus élevée que la normale.

L'examen soigneux de tous les appareils ne révèle pas de cancer primitif.

Le laboratoire donne des renseignements précieux.

L'examen des urines décèle une albuminurie spéciale : l'albumosurie de Bence Jones, fréquente pour certains auteurs, rare pour d'autres. C'est une albumine spéciale, thermolytique, qui pour Wolff proviendrait de la destruction des globules blancs.

Par contre, en général, on ne trouve pas d'albuminurie.

Dans le sang on note des modifications chimiques :

1° La protéinémie est augmentée, parfois d'une façon considérable : 100 — 120 milligrammes.

L'augmentation porte surtout sur la globuline et le plus souvent sur l'euglobuline, rarement sur les pseudoglobulines.

Cette modification biologique essentielle pour certains auteurs (Carnot) ne s'observerait que dans les cas où la protéinurie est absente ou faible, d'où deux formes : forme protéinurique et forme protéinémique.

La calcémie est en général normale ou un peu augmentée ; elle est rarement très augmentée ;

2° Des modifications cytologiques :

En général, ce sont des modifications banales : anémie modérée, leucocytose légère sans myélémie ni érythroblastose.

Rarement on peut rencontrer une anémie grave progressive avec myélémie, érythroblastose, temps de coagulation et de saignement diminués.

La *radiographie* doit porter sur tout le squelette. Chaque radiographie doit être examinée au négatoscope, à la loupe, avec des intensités lumineuses variables. Enfin *toute lésion doit être* chronologiquement *suivie par une série de radiographies* prises de mois en mois et permettant d'en suivre l'extension ou l'essaimage (Jeanneney).

Ces images radiographiques ont des caractères généraux quelles que soient les localisations. On trouve de multiples images claires, géodiques ou lacunaires de destruction osseuse, généralement arrondies, de petit volume, souvent confluentes, avec des contours à l'emporte-pièce. On ne note pas de condensation périphérique, ni de réaction périostée — caractères très spéciaux. Suivant la localisation, les images possèdent certaines particularités.

Le crâne peut présenter plusieurs géodes, d'où fusent parfois dans les parties molles des masses tumorales opaques assez bien circonscrites. Ces images sont peu différentes des gommes, mais à la périphérie le tissu osseux est raréfié, infiltré, non condensé. Le crâne est parfois volumineux avec les sutures distendues.

Les côtes présentent des taches claires d'aspect boursouflé, déformant le contour de l'os.

La colonne vertébrale est formée de vertèbres tachetées ou réduites à un contour linéaire. Elles peuvent être même plus ou moins effondrées.

Les os longs sont creusés de géodes assez limitées, occupant l'espace médullaire, séparées par des intervalles sains, sans réaction ostéogénique périphérique. On peut parfois trouver des images polykystiques.

Le maxillaire inférieur presque toujours atteint dans la maladie de Recklinghausen, et dans le cancer secondaire est, au contraire, toujours intact dans le myélome.

Evolution. — Le myélome s'accompagne parfois de déformations importantes du squelette :

La cyphose est la plus fréquente. Elle est due à l'effondrement des corps vertébraux. Elle est précédée d'une période plus ou moins longue de douleurs en ceinture, causées par la compression radiculaire. Elle peut survenir brusquement ou progressivement. C'est une cyphose à grande courbure pouvant s'accentuer insensiblement pendant des semaines et des mois, mais aboutissant rarement à une paraplégie. Ces déformations de la colonne vertébrale sont parfois à l'origine de l'affaissement d'un hémithorax.

L'évolution peut se trouver, en outre, modifiée par des complications générales :

L'anémie est dans certains cas sévère, de type pernicieux et suivie d'une véritable ostéomalacie ;

L'amaigrissement est important et la cachexie en est l'aboutissant final.

L'évolution dure, en général, deux ou trois ans, les malades sont plus ou moins tardivement immobilisés au lit, malgré la radiothérapie qui ne fait que prolonger cette évolution. Ils meurent le plus souvent de complications pulmonaires, rénales ou nerveuses.

Formes cliniques :

A. — Formes suivant le mode de début :

Les douleurs constituent le mode de début le plus fréquent. Nous savons déjà que ces douleurs peuvent présenter une infinie variété et faire longtemps errer le diagnostic.

Les autres modes de début sont plus rares :
Formes avec albuminurie sine materia ;
Formes avec troubles de compression ;
Formes avec tumeur.

B. — Suivant la symptomatologie, on distingue :

Une forme anémique, relativement fréquente ;
Une forme septicémique, où les signes locaux sont complètement noyés au milieu d'un syndrome d'infection d'intensité variable ;
Une forme ostéomalacique, dans laquelle une décalcification intense et ses conséquences dominent le tableau clinique et biologique.

C. — Les formes paucitumorales sont intéressantes, car elles ont une symptomatologie, une évolution et un pronostic assez particuliers.

Ces formes se révèlent souvent par la tumeur et les signes de compression qui en découlent. Les troubles généraux sont réduits au minimum.

La radio montre des lacunes parfois mal limitées et l'image de certains os, en particulier des vertèbres, est très peu différente des images de cancer.

Les résultats de la ponction sternale sont mal connus : ils semblent ne donner souvent que peu de renseignements.

Le syndrome biologique a été peu étudié.

C'est pourquoi le diagnostic de ces formes pose dans certains cas des problèmes assez particuliers.

L'évolution est beaucoup plus lente et le pronostic relativement moins mauvais, d'autant plus que la radiothérapie peut apporter des rémissions importantes.

Beaucoup d'auteurs opposent cette forme — qui constitue une affection locale au myélome multiple — maladie de système qui seule mérite le nom de maladie de Khaler.

Tavernier et Leclerc, dans un article du « Journal de Chirurgie » de 1941, insistent sur la bénignité des formes à manifestation unique qui, si elles s'intègrent par leur histologie au sein du groupe des myélomes, s'en différencient par leur symptomatologie locale, leur évolution lente et leur pronostic relativement bénin, puisque nombre de ces myélomes solitaires se sont terminés par la guérison.

Diagnostic. — Les signes cliniques : douleurs, fractures spontanées et présence de tumeurs osseuses multiples, constituent un ensemble qui peut, chez une personne âgée, faire pressentiir un myélome. Mais ce sont là des signes communs à de nombreuses affections osseuses et force est donc d'étayer le diagnostic sur d'autres éléments.

L'examen radiographique, non seulement de la zone d'alarme, mais de l'ensemble du squelette, peut, dans certains cas, permettre d'affirmer le myélome. Mais souvent, et plus particulièrement si l'affection est à ses débuts, le diagnostic reste hésitant et prête à discussion ; d'où la nécessité de suivre l'évolution des lésions sur des radiographies en série (Jeanneney).

Le syndrome biologique (l'hyperprotéinémie plus que l'inconstante albumosurie de Bence Jones) sera un élément d'appréciation important.

Mais le dernier mot du diagnostic revient à la biopsie ou, mieux, à l'examen de la moelle osseuse par ponction sternale ou par ponction au niveau de la tumeur elle-même.

Léger, dans sa thèse (Bordeaux, 1940), écrit : « La ponction sternale, en mettant en évidence dans une grande partie des cas des cellules myélomateuses, permet un diagnostic de certitude. » L'auteur insiste d'ailleurs sur les avantages de la ponction sternale, « elle fournit des préparations bien meilleures et plus aisément lisibles que celles des fragments osseux biopsiques ou autopsiques recueillis dans de mauvaises conditions et traités par des réactifs décalcifiants ». Néanmoins, dans certains cas de myélomes diagnostiqués par la ponction en pleine tumeur, la ponction sternale est demeurée négative. Malgré cette restriction, qui semble ne s'appliquer qu'à un tout petit nombre de cas, la lecture du myélogramme demeure le pivot du diagnostic.

Cet examen a d'ailleurs été nettement facilité et amélioré par la trépano-ponction faite au moyen de l'appareil de Damade. La trépano-ponction possède, en effet, tous les avantages de la ponction, mais elle n'en a pas les inconvénients : il n'y a pas de mélange de sang aux cellules, et ces dernières ne sont pas altérées par l'étalement.

Diagnostic différentiel. — D'une façon générale, le myélome se présente sous la forme de lésions multiples du système osseux. C'est pourquoi le diagnostic sera à faire d'abord avec :

— les métastases de certaines épithéliomas viscéraux (sein, thyroïde, prostate) ; c'est le diagnostic essentiel. Parfois le diagnostic est aisé parce qu'on a la notion de cancer primitif ou parce que la radio présente un aspect particulier (vertèbre d'ivoire du cancer du sein, par exemple). Parfois il est plus difficile. Néanmoins quelques taches disséminées de densification osseuse ou une rupture de la corticale permettent d'éliminer le myélome.

— Accessoirement, il faudra penser à l'ostéosarcomatose diffuse ; affection rare, mais dont Tavernier a publié des observations.

— La maladie de Recklinghausen constitue le second diagnostic important. Elle présente un syndrome clinique voisin, mais la radio montre une décalcification plus diffuse, des géodes irrégulières floues dans leurs contours, des bords osseux estompés. Néanmoins la différenciation clinique et radiologique est souvent délicate.

— L'ostéomalacie s'élimine facilement, car les lésions prédominent aux épiphyses, au bassin et, chez le vieillard, au bassin et aux côtes. De plus, la radio montre de grandes alvéoles claires différentes des images des myélomes.

— La maladie de Schuller-Christian est parfois difficile à distinguer du myélome par ses lésions craniennes ; elles présente cependant un certain nombre de signes particuliers tels que l'exophtalmie, le diabète insipide, les troubles de la croissance, l'hypercholestérolémie.

— On éliminera la lymphogranulomatose maligne à localisations osseuses par l'image radiologique, par l'examen du sang, par l'absence du syndrome humoral, par la coexistence fréquente des adénopathies dont la biopsie montre les lésions propres de la maladie de Hodgkin.

D'ailleurs, dans les cas où le diagnostic est hésitant, le syndrome biologique et le myélogramme tranchent le problème dans la grande majorité des cas.

Dans le cas de forme paucitumorale, il faudra envisager la possibilité :

— d'un kyste osseux ;

— d'une infection osseuse : certaines ostéomyélites chroniques, certains abcès des os à évolution chronique, se présentent sous un aspect très voisin ;

— de gommes ;

— de maladie de Paget, si les lésions sont localisées au niveau du crâne.

En fait là encore la radio de tout le squelette, le syndrome biologique, le myélogramme, rectifient parfois un diagnostic faux ou précisent un diagnostic hésitant.

Le pronostic est sombre, mises à part les formes paucitumorales ou isolées, l'évolution normale se fait vers la mort.

Néanmoins, cette évolution est lente et la radiothérapie peut entraîner des rémissions de l'ordre de plusieurs mois ou de quelques années.

Le traitement. — Actuellement, le seul traitement de la maladie de Khaler est la radiothérapie.

Les myélomes sont des tumeurs radiosensibles, donc justiciables de la radio et de la radiumthérapie. Malheureusement, ce traitement est en général trop tardif. Les diverses variétés de myélomes se comportent à peu près de la même façon devant les radiations. On obtient rarement des rémissions et des survies importantes (cas de plus de huit ans) (Sabrazes, Jeanneney et Mathey-Cornat).

Assez souvent ce sont des rémissions plus courtes : six mois à deux ans. Dans le cas où la formule sanguine présente des anomalies, elle tend à revenir à la normale. Si la leucocytose descend au-dessous de 2.000, il vaut mieux suspendre le traitement.

On adjoindra à la radiothérapie quelques traitements accessoires ; des médicaments : du foie de veau, du fer, de l'arsenic, du nucléinate de sodium. Enfin, en cas de fracture, on immobilisera le membre et on soumettra le foyer à la radiothérapie.

Il faut faire une place particulière aux tumeurs à manifestation unique, dont le traitement sera tantôt chirurgical et d'ailleurs économique : curettage, résection localisée dans les régions accessibles — tantôt radiothérapique selon la localisation de la lésion (Tavernier).

REVUE DES THÈSES

La radiothérapie de contact. — Charles Gros. — Thèse de Montpellier 1943, n° 124, une brochure de 193 pages. Imprimerie de la Charité, Montpellier.

Cet important travail du Centre Anticancéreux de Montpellier (Professeur Paul Lamarque) est la première mise au point française de cette technique particulière de la rœntgenthérapie superficielle. La radiothérapie de contact ou méthode de Chaoul, du nom du professeur berlinois qui en a réalisé dès 1935 les détails techniques et commencé les applications thérapeutiques, est caractérisée à la fois par un bas voltage de l'ordre de 50 k.v. sans filtration importante et par une courte distance foyer-peau de l'ordre de quelques centimètres. Plusieurs conséquences en résultent :

1° Seules les lésions mises au « contact » du tube pourront être traitées ; seules elles recevront le maximum d'énergie, tandis que les tissus sains sous-jacents seront respectés. Il faut donc que les lésions soient superficielles ou extériorisées par le chirurgien, il faut aussi qu'elles soient de petit volume ;

2° Le débit énergétique très élevé de 5.000 à 10.000 r. par minute permet une durée de traitement de l'ordre de la minute ;

3° L'appareil est de petites dimensions, très maniable, économique.

L'auteur fait l'étude physique d'un tel rayonnement, dont il montre l'action caustique en surface et sélective en profondeur. Il envisage ensuite le principe des appareils actuellement employés : tube Philips et tube Chaoul, et passe à l'étude biologique : pour lui, la radiobiologie est basée sur un double indéterminisme : l'un appartenant à l'action des radiations, l'autre à la réaction de l'organisme.

Les applications thérapeutiques découlent de toutes ces données. Les résultats sont très encourageants ; sur les néoplasmes cutanés : les succès sont ici comparables à ceux de la curiethérapie avec l'avantage cependant d'un traitement indolore, rapide, économique. Il en est de même pour les états précancéreux tels que kératose sénile, leucoplasie, nœvi. Les réactions hyperplasiques cutanées bénignes sont heureusement influencées ainsi que certaines dermatoses.

La radiothérapie de contact a été utilisée aussi pour les néoplasmes profonds. Chaoul a traité une centaine de cas de cancers du rectum et ses résultats sont supérieurs à ceux de la chirurgie. Le cancer de la vessie et de l'utérus bénéficient de cette méthode. Cette technique peut être utilisée seule ou en association avec la curiethérapie, la diathermo-coagulation, la radiothérapie profonde et la chirurgie.

Les accidents sont très rares malgré des doses importantes.

La thèse de Ch. G. est d'un grand intérêt scientifique pour physiciens et thérapeutes. Elle vient s'ajouter à tant de travaux importants issus du Centre Anticancéreux de Montpellier, sous la haute direction du Professeur Lamarque.

René Joyeux.

VACCINOTHÉRAPIE ET SULFAMIDOTHÉRAPIE DES PNEUMOPATHIES DES VIEILLARDS

par le Professeur Paul Courmont (de Lyon).

Inutile d'insister sur la fréquence et la gravité des pneumopathies des vieillards. C'est une des causes les plus ordinaires de leur mortalité.

Nous comprenons sous le nom « pneumopathies » les formes assez diverses qui dépassent le cadre des *pneumonies* et *broncho-pneumonies* plus ou moins franches, et englobent les cas bien plus fréquents encore de ces « *congestions pulmonaires* » bâtardes, tantôt aiguës, tantôt torpides et prolongées, toutes formes sévères à un âge avancé.

Contre ces pneumopathies trop souvent rebelles aux anciens traitements, la *vaccinothérapie* et la *sulfamidothérapie* sont-elles plus efficaces ; sont-elles dangereuses à cet âge ; sont-elles exclusives l'une et l'autre ?

1° Vaccinothérapie. — Dans la grande majorité des cas, c'est le *pneumocoque* ou *l'entérocoque* qui est le microbe causal ; contre eux, les vaccins sont très efficaces. Le streptocoque est heureusement peu fréquent, car les vaccins ne sont pas actifs contre lui (A. Dufourt).

Dans les pneumopathies de l'enfant et de l'adulte, la vaccinothérapie a fait ses preuves ; elle est devenue un traitement classique.

Chez les vieillards, certains médecins hésitent encore à pratiquer les injections de vaccin microbien. Pourtant, Rimbaud, Minet, Turlais ont montré leur parfaite inocuité et publié des cas typiques de guérison à cet âge. Les cas de Rimbaud concernent des broncho-pneumonies graves guéries par le vaccin au cours d'une épidémie sévère.

Les *dix cas suivants* ont été observés par nous au hasard de quinze ans de pratique, dans des conditions fort différentes, chez des *sujets de soixante à quatre-vingt-dix ans*. Nous n'en omettons aucun; tous ont guéri et sans complication.

Les *stocks-vaccins* employés contenaient surtout pneumocoque et entérocoque (vaccin pneumo-entéro-staphylococcique de Weil-Dufourt), car l'examen des crachats nous a toujours montré l'existence exclusive ou la prédominance de ces microbes.

Dans certains cas, des auto-vaccins furent préparés en quarante-huit heures avec la première culture du microbe des crachats, sans attendre son isolement parfait.

Les vaccins sont injectés dès le début : d'abord le stock-vaccin puis, lorsque possible, l'auto-vaccin substitué au premier. Cette combinaison s'est montrée remarquablement efficace. Doses de 2 cc. tous les jours, pendant six jours. L'auto-vaccin produit parfois (Obs. VIII) une vive réaction fébrile, puis la guérison survient très rapidement. On peut employer les vaccins à dose plus faible, 1/2 ou 1 cc. pour la première, ou exceptionnellement ensuite. L'innocuité de la médication est complète.

Les médicaments cardio-toniques et la *révulsion thoracique* (ventouses scarifiées) étaient souvent associés.

Ces dix cas s'annonçaient très graves ; la guérison fut constante et rapide, sans complication, ni rechute, ni pleurésie.

Obs. I. — H. 85 a. — Br.-pneumonie bâtarde basale, très grave : 38,9. Crachats rouillés (*pneumocoque*). Adynamie. Albuminurie massive. Etat demi-comateux; Cheyne-stokes; arythmie. Stock-vaccin au troisième jour, ventouses scarifiées, toni-cardiaque. Guérison en cinq jours (confirmée huit mois après).

Obs. II. — H. 84 a. — Br.-pneumonie basale très grave, 39° Adynamie. Tachycardie. Crachats rouillés sales. Stock-vaccin dès le deuxième jour ; auto-vaccin le quatrième (*pneumocoque*). Guérison en six jours à partir du vaccin, complète, sans complications.

Obs. III, IV et V. — H. 87 a. — Début très fébrile, 39,8. Bloc congestif des deux bases. Etat très grave, 32 respirations; crachats rouillés (*pneumocoque*). Cinq jours de stock-vaccin à 2 cc.; puis trois jours d'auto-vaccin. Guérison complète. Cinq ans après, à 92 ans, devenu prostatique, urémique (azotémie 1 gr. 35; Cheyne-stokes) est très affaibli. Deux nouvelles congestions fébriles des bases à *entérocoque*, à deux mois d'intervalle. Guérison chaque fois par l'emploi successif du stock-vaccin, puis de l'auto-vaccin (*entérocoque* et *staphylocoque*).

Obs. VI et VII. — H. 80 a. — En 1937, est soigné sans vaccin par les médications courantes pour congestion fébrile : douze jours de grosse fièvre, puis séquelles interminables avec persistance des râles et de la température. Rechute grave deux mois après : 39°; 30 respirations. Traité cette fois par le stock-vaccin (quatre jours) puis par l'auto-vaccin qu'on prolonge huit jours pour éviter les séquelles de la première atteinte. Guérison complète. Quatre ans après, congestion pulmonaire aiguë (grand frisson et 39,8). Guérison avec quatre piqûres de stock-vaccin et quatre d'auto-vaccin (*pneumocoque*).

Obs. VIII. — F. 78 a. — Br.-pneumonie migratrice d'une base à l'autre très grave : 39 et 40°; 30 respirations; adynamie; crachats rouillés sales. Ventouses scarifiées; toni-cardiaque. Stock-vaccin à 2 cc. quatre jours; puis auto-vaccin (*pneumocoque*) à 1/2 et 1 cc. ; forte réaction et 41° à la deuxième injection, puis guérison définitive à la cinquième (confirmée trois ans après).

Obs. IX et X. — Concernant des femmes moins âgées (60 ans) guéries sans incident : l'une de congestion pulmonaire très fébrile, à type thermique très irrégulier (oscillations de 38 à 40°), l'autre de pneumonie franche grave. Guérison par six piqûres de stock-vaccin (associé dans le premier cas au silénan).

2° Sulfamidothérapie. — Une question préalable : les sulfamides sont-ils efficaces contre les microbes les plus fréquents des pneumopathies ?

Ils sont sans action sur les maladies et pneumopathies à *entérocoque*.

Leur emploi dans les cas assez rares où le *streptocoque* est en cause serait à essayer, mais il faudrait poser à temps le diagnostic bactériologique.

Restent les affections à *pneumocoques*. Les résultats sont incertains dans les septicémies à pneumocoque et nuls dans les broncho-pneumonies (Harvier et Perrault).

Dans la pneumonie franche les résultats sont intéressants mais demandent discussion. Dans la pneumonie de l'adulte l'emploi précoce des sulfamidés amène, presque toujours un abaissement rapide de température avec grosse amélioration. Le 693 semble le plus actif, mais le 1162 F est également efficace.

Encore faut-il que ce traitement précoce soit fait à *doses massives*, pas moins de 4 grammes et plutôt 6 ou 8 (Harvier et Perrault). Nous verrons si le vieillard peut supporter de pareilles doses. Mais cette amélioration surprenante n'affecte pas le fond de la maladie qui suit sur le plan profond son évolution cyclique. Le **bloc pneumonique** n'est pas modifié et ne se résoud pas plus tôt, et la *crise urinaire* terminale n'est pas accélérée et se fait à sa date habituelle. J. Barbier et son élève Morot l'ont démontré dès 1939. Naville et Alphonse ont insisté sur ce paradoxe de l'indépendance de l'abaissement thermique par le sulfamide et de l'évolution réelle de la maladie (33 obs.) ; chez 8 sujets, ils attribuent le retard ou l'absence de la crise rinaire et chlorée à la fièvre médicamenteuse causée par le sulfamide. Wood et Long ont observé un décalage de plusieurs jours entre la défervescence médicamenteuse et la production des *anticorps* qui n'est pas accélérée par la médication. Naville et Alphonse ajoutent : « La défervescence précoce obtenue par la thérapeutique sulfamidée ne correspond pas à une véritable guérison ».

La *formation des anticorps* est peut-être aidée par les sulfamides bactériostatiques mais n'est pas accélérée. Au contraire, tout ce que l'on sait de la vaccinothérapie indique une formation plus rapide et plus intense des anticorps, grâce aux corps microbiens apportés dans le tissu cellulaire, à doses massives, mais inoffensives (microbes morts).

Naville et Alphonse disent encore : « L'inefficacité du traitement sulfamidé sur l'évolution intime de la pneumonie, particulièrement sur l'apparition de la crise urinaire et des anticorps, doit engager le médecin à surveiller attentivement son malade guéri en apparence et à maintenir la médication pendant un temps assez long pour que l'organisme puisse acquérir l'immunité qui lui permettra de se passer de la chimiothérapie. »

Mais alors se pose la double question : faut-il recourir systématiquement à cette chimiothérapie si d'autres thérapeutiques sont plus efficaces, et les doses massives (et leur prolongation qui paraît souvent la condition du succès) sont-elles sans danger ?

Cette dernière question est d'importance capitale chez le vieillard.

Des *complications* graves dues aux sulfamides chez l'adulte sont fréquemment publiées. La cyanose, les complications sanguines (anémie, purpura, neutropénies sévères, agranulocytoses mortelles) ou nerveuses, névrites, les ictères parfois graves, une singulière fièvre médicamenteuse, etc., ne sont pas négligeables. Et les incidents fâcheux : céphalées, états vertigineux, troubles neuro-végétatifs variés d'origine anaphylactoïde, érythèmes, œdèmes, gastralgie, les vomissements, etc., rendent trop souvent bien pénible le traitement par les doses efficaces, c'est-à-dire massives.

Peut-on chez les vieillards employer ces doses qui chez l'adulte sont de 4 à 8 grammes en vingt-quatre heures ? Nous sommes d'avis, avec Harvier et Perrault, que « ce traitement doit être ou ne pas être, c'est-à-dire être employé aux doses et conditions voulues ». Les mêmes auteurs disent très bien : « *On ne doit pas faire de sulfamidothérapie dans les affections qui ne guérissent pas mieux par le traitement sulfamidé.* » Dans ces cas, « on n'apporte que la possibilité des incidents et accidents inhérents à cette thérapeutique ».

C'est précisément le cas pour les pneumopathies des vieillards. Chez eux, la vaccinothérapie est d'une efficacité remarquable et sans aucun inconvénient, tandis que les incidents ou accidents de la sulfamidothérapie sont à redouter chez les malades âgés dont le foie, les reins et le sang sont plus sensibles à ces thérapeutiques massives.

Un exemple typique est le cas de Hillemand et Audly :

Femme de 72 ans, traitée pour broncho-pneumonie grave par le 693, à dose élevée pendant quatorze jours; rechute, nouveau traitement de 8 gr. en 48 heures de 1162 F ; anémie brusque et grave ayant nécessité la transfusion.

Ceci démontre l'erreur de prolonger les grosses doses. Il vaut mieux employer la vaccinothérapie d'emblée.

De même, le traitement des pneumopathies des vieillards par les sulfamides, en se limitant, par timidité compréhensible, à des doses insuffisantes et encore plus en prolongeant la durée de ce traitement, doit être absolument rejeté.

Association des vaccins et des sulfamides. — Pour toutes les raisons précédentes, certains auteurs associent les deux médications, mais en ne dépassant pas 3 grammes de 693 chez les sujets âgés (Legrand). Une telle pratique lui aurait donné de très bons résultats. Mais encore, lorsqu'il constate de l'oligurie, il cesse les sulfamides, provoque la diurèse (théobromine) et, après trois jours, reprend le traitement. En principe, l'interruption, puis la reprise des sulfamides n'est pas à conseiller ; elle expose aux incidents ou accidents. Une expérience prolongée dira si ces médications associées avec doses diminuées de sulfamides donnent de très bons résultats.

Legrand emploie aussi les *médications adjuvantes ;* l'adjonction aux médications associées (vaccins et sulfamides) des médicaments toni-cardiaques, diurétiques, toniques généraux ; ceux-ci gardent leurs indications ordinaires individuelles.

Nous insistons sur l'efficacité de la *révulsion thoracique* par les *ventouses scarifiées*, notamment aux bases où se localisent, chez les vieillards, les processus inflammatoires aggravés par la stase. Plusieurs de nos malades ont largement bénéficié du traitement simultané : *vaccinothérapie, ventouses scarifiées des bases, médicaments toni-cardiaques.*

Médications successives. — Lorsque la sulfamidothérapie seule ne produit pas les effets voulus, les vaccins peuvent déclencher une guérison définitive. A. Josserand a guéri par le vaccin antipneumococcique une malade dont cinq rechutes de broncho-pneumonie fort graves avaient montré l'inefficacité des sulfamides. Legrand cite aussi des cas de sulfamido-résistance vaincus par l'emploi des vaccins ou des sérums.

Enfin dans les cas très rares où le vaccin ne semble pas efficace, on peut essayer les sulfamides.

Médication préventive. — Nous sommes avec la majorité des auteurs opposés à l'emploi des sulfamides à titre préventif des maladies pulmonaires, par exemple au cours des épidémies de grippe. Cette pratique aboutit le plus souvent, au contraire, à une sulfamido-résistance fâcheuse pour le cas où un traitement sérieux deviendrait nécessaire ; sans parler des accidents provoqués par des doses même modérées mais plus ou moins répétées.

Il n'en est pas de même des vaccins microbiens dont l'emploi préventif des complications graves dans les épidémies de grippe a fait ses preuves et doit continuer à être préconisé.

Conclusions. — 1° La *vaccinothérapie* est le traitement le plus efficace et le mieux toléré des pneumopathies des vieillards.

Sur dix cas entre soixante et quatre-vingt-dix ans, presque tous très graves, nous avons obtenu dix guérisons rapides, sans rechute ni complication, sans pleurésie.

2° Aussi précoce que possible, ce traitement doit commencer par un vaccin efficace contre les microbes les plus fréquents (entérocoques, pneumocoques, staphylocoques).

Lorsque les circonstances le permettront, des auto-vaccins rapidement préparés doivent succéder aux stocks-vaccins ; mais ces derniers suffisent le plus souvent dans la pratique courante.

3° Les *sulfamides* ne sont pas efficaces contre les pneumopathies à entérocoque et à staphylocoque, ni contre les broncho-pneumonies à pneumocoque.

Dans la pneumonie franche de l'adulte, 693 ou 1162 F abaissent rapidement la température et améliorent l'état général, mais sont sans action sur la résolution du foyer pulmonaire, sur la crise urinaire de guérison, sur celle de formation des anticorps, qui suivent leur marche cyclique habituelle ; les complications ne sont pas diminuées.

D'autre part, les incidents ou accidents de la sulfamidothérapie à doses suffisantes sont à redouter chez les vieillards. La vaccinothérapie est donc de tous points préférable.

4° *L'association des vaccins et sulfamides* est pratiquée par certains en diminuant la dose des sulfamides.

En *médications successives :* les vaccins peuvent déclencher la guérison dans les cas d'échec des sulfamides.

5° Les sulfamides ne doivent pas être employés à *titre préventif,* surtout chez les vieillards, comme les vaccins dont l'action préventive est certaine et sans danger.

BIBLIOGRAPHIE

A. Dufourt. — Emploi des vaccins dans les broncho-pneumonies. (*L'Hôpital*, déc. 1937.)

Rimbaud. — La vaccinothérapie dans la broncho-pneumonie des vieillards. (*Arch. Soc. des Sciences Méd.*, Montpellier, juin 1938.)

Harvier et Perrault. — Sulfamidothérapie. (Doin, édit., Paris.)

J. Barbier. — Vingt-trois pneumonies traitées par les sulfamides. (Soc. Méd. Hôpit. Lyon, 25-11-39. *Lyon Méd.* 1939, p. 280.)

Morot. — Pneumonies traitées par les sulfamides. (Thèse Lyon 1939.)

Naville et Alphonse. — (*Presse Méd.* 12-12-1943.)

P. Hillemand et P. Audoly. — Syndrome anémique et granulopénique après sulfamidothérapie. (*Bul. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 7 mai 1941.)

Legrand. — (*Revue Pathol. comparée*, Juillet-août 1943.)

A. Josserand. — Utilité de la vaccinothérapie antipneumocoque associée aux sulfamides pour éviter les rechutes. (Soc. Méd. Hôp., Lyon, 1er déc. 1942 et *Lyon Méd.* N° 3, 44.)

ACTUALITÉS

A PROPOS DE LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

Dans sa séance du 18 janvier dernier, la *Société de Pédiatrie*, à propos de deux communications de M. Robert Rendu (de Lyon) sur la recrudescence de la diphtérie et la morbidité comparée des vaccinés et des non-vaccinés, a ouvert une discussion qui s'est prolongée, avec plus d'ampleur, dans la séance du 21 mars.

M. Rendu constatait des faits indéniables : une recrudescence manifeste de la diphtérie est observée depuis trois ou quatre ans dans un grand nombre de pays ; les pays vaccinateurs aussi bien que les non-vaccinateurs paient leur tribut.

Puisés à des sources diverses : *Section d'hygiène de la Société des Nations, Reichsgesundheitsblatt, Bulletin fédéral Suisse de l'Hygiène publique*, les renseignements qu'il donne montrent la diphtérie en hausse en : Allemagne, Belgique, Bulgarie, Danemark, France, Hongrie, Irlande, Norvège, Hollande, Suisse, Bohême-Moravie. Elle est stationnaire ou en baisse en : Grande-Bretagne, Espagne, Finlande, Italie, Portugal, Roumanie, Turquie. On manque de renseignements sur le reste de l'Europe mais l'importance de cette vague épidémique dans les pays les plus divers n'en est pas moins évidente.

En France, où la vaccination est obligatoire depuis 1942, il y a eu 13.568 cas de diphtérie déclarés en 1940 et 46.539 en 1943 donc augmentation dépassant le triple.

Les statistiques lyonnaises donnent pour le 1er semestre 1943 plus de 50.000 enfants vaccinés soit plus de 80 % des enfants entre 2 et 15 ans ; le nombre des diphtéries du 1er semestre s'est pourtant élevé à 239 (contre 162 dans le 1er semestre 1942) soit une hausse de 43,8 %.

Dans la Seine, 600.000 enfants des écoles publiques ont été vaccinés de 1924 à 1943; la mortalité par diphtérie qui était de 52 en 1939 a passé à 240 en 1942, presque cinq fois plus.

A Paris même, dans la même période, les décès ont passé de 27 à 129. Les cas déclarés de diphtérie ont presque triplé dans les trois dernières années, 345 cas dans le 1er semestre de 1941, 1.113 dans la même période de 1943.

Dans le canton de Genève, la vaccination est obligatoire depuis 1933; on comptait 7 diphtéries en 1941, 12 en 1942, 21 en 1943.

En Hongrie, la vaccination est obligatoire depuis 1938 ; la morbidité a passé de 4.927 en 1940 à 8.259 en 1943 soit 67 % d'augmentation en trois ans.

En Allemagne, la vaccination est organisée depuis 1941; il a été déclaré 138.397 diphtéries en 1940 et 173.161 en 1941; la progression a continué ensuite et atteint à 236.645 en 1942 (hausse de 36 % en un an).

Ecartant les diverses explications qui ont été proposées, M. Rendu n'hésite pas à conclure à l'absence de valeur préventive de l'anatoxine.

Ces constatations n'ont pas été sans troubler de nombreux esprits et on comprend avec quel intérêt la *Société de Pédiatrie* a suivi la discussion soulevée par les travaux de M. Rendu.

Le Professeur Lereboullet a suivi de longues années des enfants vaccinés dès le début de l'anatoxine. Presque tous ceux qui ont fait par la suite une diphtérie avaient été insuffisamment vaccinés. Le nombre des vaccinations mal faites est considérable. L'immunisation occulte de la diphtérie joue, d'autre part, un rôle considérable.

Dans son service, M. Cathala a observé 20 % de diphtéries chez des vaccinés. Il y avait chez eux moins de cas graves ou mortels que chez les non-vaccinés. Il faut, dans l'interprétation des données statistiques tenir compte des diphtéries qui atteignent les enfants de moins de 2 ans et qui sont toujours sévères.

M. Clément fait observer que certains enfants correctement vaccinés et porteurs d'une réaction de Schick négative ont cependant moins de 1/30e d'unité antitoxique dans le sérum : ils ne sont donc pas immunisés.

M. Lamy et Mlle Pauliac ont observé 44 diphtéries chez des vaccinés, avec une mortalité nulle, alors que les non-vaccinés sont morts dans une proportion de 9,6 %, compte tenu des enfants de moins de 2 ans (4 cas). Les vaccinations incorrectes (2 injections, pas de rappel, pas de Schick) sont fréquentes dans ces cas.

M. Laffaille apportant les statistiques du Service de Vaccination des Enfants-Malades, poursuivies pendant 20 ans, insiste sur le grand nombre des vaccinations incomplètes, des doses insuffisantes, etc. Injection de rappel et contrôle par la réaction de Schick sont fréquemment omis.

La vaccination est, à son avis, trop tardive quand elle est pratiquée à l'âge scolaire; il vaut mieux vacciner à 2 ans, mieux encore à 16-18 mois et faire une injection de rappel à 3 ans.

L'expérience personnelle de M. Lelong le met en complet accord avec les divers auteurs quant à la proportion de diphtéries chez les vaccinés, mais il montre la nécessité d'interpréter correctement certains faits que met en relief l'étude des statistiques :

La diphtérie n'est pas exceptionnelle chez les vaccinés puisque les auteurs s'accordent à estimer la fréquence à 20 % de la morbidité diphtérique.

Mais de ce nombre il convient de défalquer un certain nombre d'angines diphtérimorphes (1) survenant chez des porteurs de germes immu-

(1) Déjà Louis Martin (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1892) avait noté que sur 112 petits enfants entrés au Pavillon de la Diphtérie, 36 n'avaient pas la diphtérie. Malgré les examens bactériologiques, de semblables erreurs peuvent encore se produire et vicier les statistiques les plus soigneusement dressées.

nisés. Le diagnostic clinique est impossible et l'on doit dans ces cas recourir à la sérothérapie.

Parmi les diphtéries vraies survenant chez des vaccinés non immunisés, il convient de mettre à part les vaccinations incorrectes ou incomplètes (doses insuffisantes, espacement incorrect ou nombre insuffisant des injections). Ces vaccinations imparfaites ne s'élèvent pas, dans la population parisienne, à moins de 50 %.

En milieu fermé, par contre, la vaccination a fait disparaître complètement la diphtérie.

M. Lelong conclut donc à la nécessité de répandre la vaccination plus encore que par le passé et de veiller davantage à son exécution correcte et à son efficience.

M. Marquézy a vu les diphtéries chez les vaccinés s'élever à 22 % d nombre total et a vu 3 morts chez des enfants correctement vaccinés. L'immunité acquise en un lieu fermé ne serait-elle pas susceptible de se perdre par la suite ?

La vaccination s'est développée pendant une période de décrue de la morbidité diphtérique et nous sommes en ce moment témoins d'une recrudescence.

M. Paisseau est d'accord avec M. Marquézy ; lui aussi a eu un décès chez un enfant correctement vacciné. Une réaction de Schick négative ne pourrait-elle, après un temps plus ou moins long, devenir à nouveau positive ?

La présente discussion et les arguments apportés rappellent très fidèlement à M. Grenet une discussion analogue soulevée en octobre 1929 devant la même société par la publication du premier cas de diphtérie chez des vaccinés. La statistique qu'il apportait alors concernait une période fertile en diphtéries malignes et portait sur environ 500 cas personnels. Chez les non-vaccinés, il avait observé une mortaité dépassant 12 %; chez les vaccinés, la mortalité avait été exactement de 4 %. Il conserve la conviction que la morbidité et la mortalité diphtériques sont moindres chez les vaccinés.

M. Genevrier a observé deux petites épidémies survenues dans un préventorium chez des enfants vaccinés. Il n'y a eu aucune mort ni même aucune forme grave. Dans un cas, seulement, on a observé une paralysie vélopalatine.

M. Tixier rapproche la courte durée de l'immunisation provoquée de la durée plus longue de l'immunité spontanément acquise. Il croit à la possibilité d'une gravité plus grande de la diphtérie lorsqu'elle survient chez des sujets récemment vaccinés et conclut à la nécessité de ne pas vacciner en temps d'épidémie.

De ces faits et de l'échange de vues qu'ils ont provoqué, il nous paraît également intéressant de faire état des chiffres récemment apportés au *Conseil d'Hygiène du Département de la Seine* par M. Albert Besson. Ces chiffres sont basés non sur des certificats ou des pièces officielles mais sur les déclarations des familles. Ils sont donc, pense M. Besson, de nature à laisser planer un certain doute en ce qui concerne la réalité de la vaccination antidiphtérique ainsi déclarée.

A Paris pendant les 3 années 1941, 1942 et 1943 la morbidité diphtérique a passé de 707 à 1.598 et 1.694 avec une mortalité globale de 55, 89 et 79.

Chez les sujets correctement vaccinés et ayant reçu une injection de rappel on a observé 70, 141 et 170 cas avec 0,2 et 2 décès soit une mortalité s'élevant à 1 % pour l'ensemble des 3 années.

Parmi les sujets partiellement vaccinés, les cas se sont élevés à 87, 221 et 264 avec une mortalité de 1,7 et 10 soit une mortalité s'élevant à 3,1 % pour l'ensemble des 3 années.

Parmi les non-vaccinés, les cas se sont élevés à 550, 1.231 et 1.260 avec des mortalités de 54, 80 et 67 soit une mortalité s'élevant à 6,6 % pour l'ensemble des 3 années.

Même en faisant sur la perfection des vaccinations les réserves qui conviennent, ces chiffres font ressortir un pourcentage de décès minime chez les bien vaccinés et encore faible chez les partiellement vaccinés, beaucoup plus considérable au contraire chez les non-vaccinés.

Si, d'autre part, on considère les pourcentages de morbidité, on trouve que chez les sujets vaccinés la morbidité diphtérique est de 9,52 % de la morbidité totale (moins de 1/10e) ; qu'elle est chez les partiellement vaccinés de 14,42 % de la morbidité totale (environ 1/7e) et de 76 % chez les non-vaccinés (soit plus des 3/4). D'autre part, la mortalité par diphtérie étant de 5,57 % de la mortalité totale (soit 1/17e), on trouve la mortalité des vaccinés par rapport à la mortalité totale égale à 0,1 % 4,5/1000e), tandis que celle des non vaccinés s'élève à 5,02 % (1/10e ou 50/1000e).

Les chiffres de M. A. Besson correspondent donc à une immunisation réelle des sujets correctement vaccinés et à un très appréciable allégement du risque de mort pour les diphtériques vaccinés.

La vaccination antidiphtérique, comme toute vaccination, connaît donc des échecs, mais cliniciens et statisticiens par des voies différentes arrivent à conclure qu'incontestablement elle diminue la morbidité et qu'elle diminue davantage encore la mortalité. Il est probable que ses insuccès seront d'autant plus rares qu'elle sera faite plus correctement sans pourtant qu'on puisse jamais avoir l'assurance d'arriver à une protection définitive et totale ; mais on peut espérer approcher graduellement et lentement d'une extinction pratiquement totale.

La nécessité subsiste cependant, comme y insistait récemment Brelet (1), de savoir qu'un vacciné peut contracter la diphtérie et aussi d'en prévenir son entourage pour éviter par la suite fausse sécurité et traitement retardé.

R. Levent.

(1) *Société Médicale des Hôpitaux*, 2 juillet 1943.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 mars 1944.

M. le Président annonce le décès de M. Jadin (de Strasbourg), correspondant national dans la section de pharmacie.

Etude d'un champignon du genre Allescheria, producteur de mycétome : Allescheria boydii, var. africana. — MM. A. et R. Sartory. — Un nègre employé à des déchargements dans les ports de Dakar et de Brazzaville se blesse au pied, pendant le déchargement de produits végétaux. La guérison se fait en huit jours après un traitement banal. Trois ans après apparition au niveau de la cicatrice d'un mycétome à grains blanc jaunâtre. L'examen microscopique montre un champignon de l'espèce Allescheria boydii Shear 1921. Certaines particularités le font classer en une variété particulière dite africana dont les auteurs énumèrent les caractères culturaux et sérologiques.

Présentation d'un film nosologique centre-africain. — M. Muraz. — Douze années de voyages et d'activité médicale au Tchad, en A. E. F., puis en A. O. F. ont fourni à l'auteur les éléments d'un important film relatif à la maladie du sommeil, aux lésions oculaires post-varioliques, aux méfaits de la sous-alimentation, à la lutte contre l'ankylostomiase, le pian, la syphilis. De 1928 à 1931 on a soigné en A. E. F. 52.000 trypanosomes et fait 1.000.000 de dépistages. En A. O. F., de 1939 à 1942, on a soigné 235.500 malades ; les dépistages ont passé de 1.290.000 en 1938 à 4.414.000 en 1941. L'index de contamination qui était en 1938 de 2,11 % s'est abaissé en 1942 à 0,74 %.

Le film apporte encore une importante documentation anthropologique et ethnographique : femmes à plateaux (étude histologique) ; tatouages chéloïdiens, coutumes vestimentaires, etc.

Vacances de Pâques. — L'Académie ne se réunira pas le 11 avril.

Séance du 4 avril 1944.

Principes nouveaux qui commandent la pathogénie de la fièvre typhoïde. Leur application à la sérothérapie. — M. H. Vincent. — La fièvre typhoïde est essentiellement une maladie d'intoxication.

La vie et l'évolution du bacille typhique dans l'organisme humain offrent une particularité initiale importante : le bacille est présent dans le sang des futurs malades pendant plusieurs jours avant l'éclosion des

premiers symptômes, aucune réaction subjective ou objective ne signale cette infection du sang. Certains sujets ainsi infectés, à hémoculture positive, peuvent ne présenter ultérieurement aucun symptôme morbide (J. Louis). Le bacille typhique ne s'adapte que progressivement à l'organisme humain ; cette adaptation ne se fait que grâce à la sécrétion, plus ou moins tardive, des deux toxines (*neurotoxine* et *entérotoxine*) entièrement distinctes, sécrétées par l'agent pathogène. *Enfin tous les symptômes et toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde relèvent directement non du bacille typhique lui-même, mais (ainsi que le démontre l'expérimentation répétée) de l'association des deux toxines*, sécrétées en proportions variables suivant la race du microbe, les réactions défensives du sujet infecté, son degré de résistance (par exemple, ainsi que je l'ai montré, surmenage qui diminue fortement le taux de l'alexine), etc. A cet égard, les bacilles paratyphiques se comportent comme le bacille typhique.

La double sécrétion commande donc essentiellement les symptômes, les lésions classiques, la marche et l'évolution de la fièvre typhoïde.

En conséquence, la fièvre typhoïde se rapproche de certaines autres maladies toxi-infectieuses telle que la diphtérie, par exemple, qui doit aux poisons solubles que sécrète le bacille de Loffler sa spécificité, son évolution et son pronostic (peut-être existe-t-il une neurotoxine diphtérique, en raison des paralysies tardives parfois observées).

Ces constatations expérimentales que j'ai maintes fois vérifiées conduisent à la conception rationnelle et scientifique du traitement de la fièvre typhoïde. La sérothérapie de cette affection doit viser particulièrement et surtout la neutralisation des poisons solubles développés chez le malade infecté.

Les tentatives faites partout en vue de traiter la fièvre typhoïde par la sérothérapie antimicrobienne, suivant des techniques variées, n'ont pas donné, comme on le sait, de résultat précis. J'ai moi-même immunisé des chevaux à l'aide d'inoculations répétées, soit et uniquement de bacilles extraits immédiatement du sang des malades, soit de souches rendues hypervirulentes par passages successifs chez l'animal. Les typhoïdiques assez nombreux auxquels ces sérums ont été injectés n'en ont tiré aucun avantage précis.

J'ai, en conséquence, immunisé, à diverses reprises, des chevaux fournis par l'Etat par injections prudentes et répétées des toxines, après immunisation contre le bacille. Les chevaux sont extrêmement sensibles à l'action de ces toxines, surtout de la toxine neurotrope. Ils meurent très souvent avant de pouvoir fournir un sérum suffisamment actif. C'est pourquoi les malades traités ont été peu nombreux. J'avais cependant réalisé, à la fin de l'année 1939, l'immunisation de plusieurs chevaux et récolté une provision importante de leur sérum. Mais tout a disparu... Je vais relater les résultats du contrôle expérimental qui a pu être fait de ce dernier. Je ferai connaître ensuite ceux de l'emploi des sérums antérieurs, chez des malades atteints, pour la plupart, de forme grave ou très grave de fièvre typhoïde.

Le contrôle du laboratoire a été pratiqué chez les cobayes ayant reçu, soit les deux toxines typhoïdiques, soit l'inoculation de cultures hypervirulentes. Tous les cobayes témoins sont morts, donc dans la proportion de 100 pour 100. Par contre, les cobayes ayant reçu, dix-huit heures auparavant, 1/100e, 1/500e, 1/1000e de centimètre cube de sérum antityphoïdique ont tous survécu après les injections de toxine ou des mêmes bacilles. On obtient, d'autre part, la guérison des cobayes intoxiqués ou infectés en leur injectant du sérum toutes les dix ou quinze minutes deux heures après l'inoculation mortelle. Trois ou quatre injections ont suffi.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde, alors que le sérum exclusivement antibacillaire ne m'a donné aucun résultat, les effets du sérum antitoxique ont été démonstratifs. Sur 77 malades ainsi traités, il y a eu 74 guérisons. Des trois décès observés, l'un concerne une forme maligne d'emblée avec mort précoce ; le second est celui d'un malade atteint simultanément de pleurésie purulente et d'abcès de la rate, cette dernière complication ayant nécessité la laparotomie ; le troisième cas est celui d'un malade dans le coma depuis cinq jours et traité *in extremis*.

Les autres malades, tous guéris, ont vu pour la plupart leur température descendre à la normale et tous les symptômes morbides disparaître entièrement, en moyenne après la quatrième injection quotidienne de sérum (20 cc.), assez souvent après trois et deux injections, *soit en deux, trois ou quatre jours.* Les injections intraveineuses se sont montrées particulièrement efficaces. Il m'a été signalé des guérisons très rapides chez des malades atteints de formes qualifiées de « mortelles » ou de « désespérées ». A titre d'exemple, je citerai l'un de ceux qui m'ont été transmis par M. Variot. Jeune fille atteinte d'une fièvre typhoïde « de gravité extraordinaire ». Prostration absolue au neuvième jour de son affection ; incontinence des matières fécales et des urines ; eschares à la nuque, au sacrum et aux talons; pouls imperceptible, etc. Cette malade a repris connaissance le lendemain de la première injection intraveineuses de 20 cc. de sérum. « Au quatrième jour, *tous les symptômes de sa fièvre typhoïde avaient disparu*. La malade ne cessait de demander à manger. » Cet exemple n'est nullement le seul. Il en est d'autres : forme maligne chez une femme enceinte, guérison sans avortement. Même forme très sévère chez une enfant de six ans qui reprit connaissance le lendemain de la première injection. Guérison d'un malade atteint simultanément d'otite suppurée à streptocoques et d'abcès multiples, eschare au sacrum (la neutralisation de l'injection éberthique lui ayant permis de se défendre contre les complications), etc.

Je vais, de nouveau, immuniser, d'après les principes que je viens d'exposer, une nouvelle série de chevaux fournis par l'Etat ou par la générosité privée. Cette immunisation est longue à réaliser.

Discussion. — M. Tanon. — La sérothérapie s'est-elle accompagnée de réactions ou a-t-elle été suivie de rechutes ?

M. Vincent. — Les réactions ont été rares et bénignes, avec quelques ressemblances cliniques avec la dothiénentérie, cédant aisément au salicylate de soude. Aucune rechute.

Vasoformation et polyangéies. — MM. Laubry et Louvel. — Les auteurs se sont appuyés sur les recherches récentes de M. Champy sur la vasoformation et ses causes, parmi lesquelles le premier rang revient à l'asphyxie et ont recherché les expressions cliniques de la vasoformation : les polyangéies.

Les plus remarquables sont les polyangéies des cyanotiques, que la cyanose soit due à une cardiopathie congénitale ou acquise, à une artérite, à une affection pulmonaire. Variables avec les sujets, qu'elles soient visibles à l'œil nu ou seulement capillaroscopiques ou endoscopiques, elles sont contemporaines de la polyglobulie et répondent à l'état subasphyxique des malades. De même pour les cyanoses segmentaires, type de polyangéie régionale ; leur lacis vasculaire correspond moins à une surcharge de capillaires préexistants qu'à une vasoformation. Les polyangéies de l'érythrémie dépendent moins de l'asphyxie que la polyglobulie ; celles des phlébites révèlent l'importance de la dilatation vasculaire et de substances vasodilatatrices autres que CO^2 ; de même les polyangéies de la grossesse, de la ménopause se rapportent aux vasoformations par stimulation hormonale.

Les auteurs, avec Champy, conçoivent la vasoformation comme fonction de la dilatation vasculaire et comme réservée aux capillaires et aux veines. Elle est conditionnée par l'hypotension qui permet le réveil des propriétés vasoformatrices des cellules endothéliales, et est une condition de choix pour que la polyangéie soit une phlébopoïèse. — *Discussion* : M. Champy.

Valeur pratique d'une modalité nouvelle de psychothérapie. — M. Laignel-Lavastine. — Il s'agit ici d'une réadaptation par psychothérapie à base morale mise en œuvre au Centre de Psychothérapie et de Réadaptation sociale. L'auteur résume les résultats obtenus : 60 succès sur 63 cas traités, tous choisis parmi des sujets psychasthéniques insociables et étiquetés auparavant incurables. La méthode a une valeur morale quant aux malades traités et une valeur sociale en restituant à la société des éléments qui ont retrouvé une valeur.

Quelques remarques sur les syndromes de Foville et de Parinaud. — M. Jayle (*présenté par* M. Rochon-Duvigneaud).

Recherches sur l'origine du sympathique. — M. Delmas (*présenté par* M. Rouvière).

Perfectionnement aux microréactions pour les enquêtes de prophylaxie antivénérienne. — Mlle Héry (*présentée par* M. Gougerot).

BIBLIOGRAPHIE

VISAGES DE PRISONNIERS

Une exposition, ouverte depuis le 17 mars à la Galerie Susse, boulevard de la Madeleine, nous montre des gouaches du peintre Jean Billon, rentré de captivité, et qui a fait un grand nombre de portraits de ses camarades. L'intérêt exceptionnel, à la fois artistique et documentaire de cette œuvre a permis, malgré les difficultés de l'heure, une édition très remarquable de soixante de ces visages. C'est un volume rare sur lequel se précipiteront les bibliophiles.

Les médecins y trouveront un de ces documents irremplaçables sur les ravages physiologiques et psychologiques qu'ont subi, derrière les barbelés, des hommes de France, de professions et de milieux divers.

Un de ces visages, dont la barbe et les cheveux sont devenus blancs, paraît si vieilli que le catalogue doit nous informer que l'homme n'a que trente-neuf ans. Mais c'est un autre vieillissement, plus douloureux encore, qui nous a frappé. A l'inverse de ce que l'on dit souvent d'hommes à l'esprit actif ou de certaines femmes de cœur, qu'ils paraissent étonnamment jeunes, on peut trouver que ces visages, malgré leurs traits tourmentés et la vie intense que Jean Billon a su leur donner, sont figés dans une vieillesse prématurée de l'esprit.

Les médecins pourront comparer les effets psychologiques, rendus éclatants par le talent du portraitiste, sur certain homme de condition modeste et dépourvu d'une vie intérieure suffisante, et ces effets sur un chef ou un artiste où la volonté triomphé de la misère physiologique. (Il est regrettable que Jean Billon ne nous ait pas donné d'autoportrait.) A cet égard, le portrait d'un médecin qui fit, nous a-t-on dit, beaucoup de bien au camp, rend frappante cette confrontation.

Pour souscrire, s'adresser à l'Imprimerie Artistique, 58, rue Victor-Lagrange, à Lyon, ou à l'auteur, 281, rue de Créqui, à Lyon. *Visages de prisonniers* est préfacé par le docteur René Biot.

Nécrologie.

Nous apprenons avec une très vive peine le décès du Dr Ch.-Auguste Girode, chirurgien de l'hôpital Laennec.

Né en 1882, interne des hôpitaux en 1908, Girode, après avoir été successivement l'élève d'Auvray, de Lejars, de Quènu, était devenu en 1914, puis 1920-21, le chef de clinique et l'assistant de P. Delbet. C'est avec ce maître qu'il publia une grande partie de ses travaux consacrés au traitement des pleurésies purulentes, à l'appareillage et au traitement chirurgical des fractures et luxations des membres, etc.

Chargé de la consultation de Laennec, il fut ensuite l'assistant d'Auvray; puis devint chef de service à la Maison Dubois, à Tenon, et, enfin, à Laennec.

En 1941, l'estime de ses collègues l'avait fait élire président du Comité directeur des chirurgiens des hôpitaux, lourde tâche dans laquelle il a montré autant de dévouement que de clairvoyance.

Nous adressons à Mme Ch. Girode et à ses enfants, l'expression de la profonde sympathie avec laquelle nous nous associons à leur grand deuil.

— M. le Dr Marcel Raynaud (de Marseille) nous prie d'annoncer le décès de son fils André-Jacques, à Zarzis (Tunisie). Septembre 1943.

On annonce la mort de :

— M. le Dr Maurice Gandy, ancien interne des hôpitaux de Paris (1928), chirurgien de l'hôpital de Neuilly. Il était le fils de notre regretté collègue Charles Gandy, médecin des hôpitaux, décédé le 3 juillet 1943.

— M. le Dr H. Surmont, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lille, correspondant national de l'Académie de Médecine (section médecine), décédé à Neuilly-sur-Seine, dans sa 81e année.

— M. le Dr Kleinknecht, chirurgien de l'hôpital Hasenrain, à Mulhouse.

— M. le Professeur Adrien Besson (de Lille).

— M. le Dr Jules Oraison (de Bordeaux), ancien président de la Société Française d'Urologie.

— M. le Dr Macaigne, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à Saint-Leu-la-Forêt, dans sa 82e année.

— M. le Dr Victor Cordier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

— M. le Dr François Calot, de Berck-sur-Mer, décédé le 2 mars 1944. Ses obsèques ont eu lieu à Adast (Hautes-Pyrénées).

— M. le Dr André Couvreur, décédé à l'âge de 80 ans. Médecin praticien à Paris, il publia plusieurs romans très remarqués. L'un d'eux, les *Mancenilles*, inspira Brieux pour sa pièce de théâtre *Les Avariés*. André Couvreur était vice-président de la Société des Gens de Lettres.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Barral, officier de la Légion d'honneur, Président, Directeur général de la Société Parisienne d'Expansion Chimique, décédé à Paris dans sa 55e année.

LIVRES NOUVEAUX

Hématologie clinique, par A. Becart. Un volume 12×19 cm., 192 pages, 41 figures, 1 hors-texte en couleur : 125 fr., Librairie Maloine, Paris-6e.

Ce petit volume ne fait pas double emploi avec les gros traités; il a été écrit pour les praticiens qui désirent se familiariser avec l'hématologie. Il est le reflet de la pratique journalière de l'auteur.

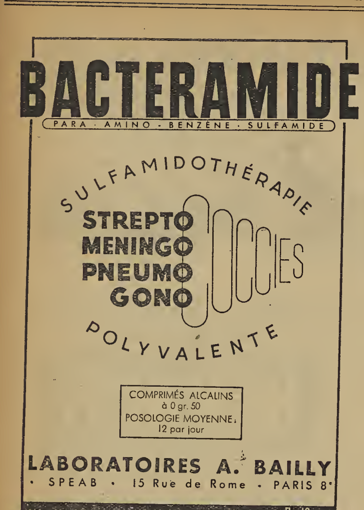
L'ouvrage comprend un chapitre de technique hématologique dans lequel la plupart des examens sont clairement et minutieusement décrits. Un chapitre sur les éléments figurés du sang avec une planche en couleurs, et où l'auteur propose à nouveau la standardisation des termes à employer. Chaque grand syndrome hématologique est ensuite étudié sous l'angle clinique et pratique ; de nombreuses observations personnelles accompagnent le texte et en rendent la lecture attrayante.

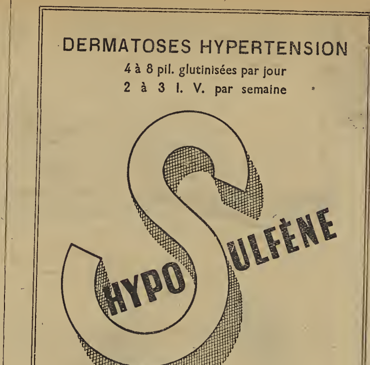
Pneumothorax extrapleural et Collapsus équilibré, par D. Le Foyer et E. Delbecq. Un volume in-8° de 132 pages avec 31 figures dont 20 radios hors-texte, 70 fr., Librairie Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, Paris-6e.

Dans cet ouvrage, basé sur l'expérience française la plus importante du Pneumothorax Extrapleural, les auteurs, dont l'un fut dès 1936 l'initiateur de la méthode dans notre pays, précisent les bases physiopathologiques, la technique et les indications de cette intervention. Presque aussi bien que le Pneumothorax Intrapleural, et mieux que les costectomies modelantes, le Pneumothorax Extrapleural bien fait réalise le Collapsus Equilibré idéal, sans sacrifice osseux et sans mutilation. S'il est réalisé selon une technique rigoureuse, et s'il respecte les lois fondamentales de toute Collapsothérapie, les complications, qui se révélaient fréquentes au début de l'application de la méthode, deviennent exceptionnelles. Les phtisiologues et les chirurgiens seront convaincus de l'intérêt de cette méthode chirurgicale lorsqu'ils auront lu ce travail bien édité et bien illustré.

Le traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Bailliet. Un volume 22×14 cm., 171 pages, 26 fr., Librairie Maloine, Paris-6e.

Les plus récentes acquisitions de la biologie et leurs incidences sur la thérapeutique, par le Dr L.-A. Rousseau et J. Tetau. Un volume, 32 pages, 15 fr., Librairie Maloine, Paris-6e.









Dépôt légal 1944 : 2e trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. Le Sourd. 4-1944. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 2e trim., n° 202. — N° d'autorisation 85.

La Lancette Française



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger: 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours d'assistant en chirurgie. — Sont nommés: MM. Olivier Monod, Barcat, Debeyre, Adam, Lascau.

Concours d'attaché d'électro-radiologie (spécial pour prisonnier libéré). M. Dramez a été nommé.

Facultés de Médecine.

Inscription des étudiants en médecine en service de travailleur en Allemagne.

Par dérogation aux dispositions de l'article 11 du décret du 21 juillet 1897, les étudiants en médecine, nés en 1922 et accomplissant leur service du travail obligatoire en Allemagne; sont autorisés à prendre par correspondance, par procuration ou par l'intermédiaire de leur famille, deux inscriptions, au maximum, dans une faculté ou école de médecine. (*J. O.* 20 avril 1944.)

Faculté de médecine de Paris.

Vacance de chaire. — Par arrêté en date du 6 avril 1944, la *chaire de technique chirurgicale* de la Faculté de médecine de Paris (création) est déclarée vacante.

(*J. O.* 19 avril 1944.)

Chaire d'hygiène. — Le 27 avril 1944, le Conseil de la Faculté a proposé en première ligne, par 37 voix sur 40 votants, M. JOANNON, agrégé d'hygiène, professeur sans chaire, pour remplacer M. le professeur Tanon, retraité.

M. le Dr Cambessedès a été proposé en deuxième ligne.

Ecoles de médecine.

Dijon. — M. Pierre-Etienne MARTIN, agrégé près la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé, à compter du 1er avril 1944, professeur titulaire de la chaire de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Olivier, démissionnaire.

Nantes. — M. le Dr Mousseau est institué professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale pour 9 ans, en remplacement du Dr Burcau, nommé professeur titulaire.

Santé publique.

Citation à l'ordre de la Nation. — M. le Dr Riou (P. J. M.), chirurgien à l'hôpital de Nantes. A trouvé la mort à l'Hôtel-Dieu de Nantes, au cours du bombardement du 16 septembre 1943, dans l'accomplissement de son devoir de médecin.

(*J. O.* 12 avril 1944.)

Médaille des épidémies. — *Médaille de vermeil* (*à titre posthume*) : M. Fraimbault, médecin principal du corps de santé colonial. (Typhoïde, Indochine, 1943).

Médaille d'argent: MM. Hérivaux, Montalieu, Marcat, Reynès, du corps de santé colonial ; Baocialone, médecin principal de l'assistance médicale; Do Dang Phan, médecin indochinois hors classe. (Choléra, Haïphong, 1943).

Médaille d'argent (*à titre posthume*) : M. Nguyen Tang Chuan, médecin indochinois. (Typhoïde, Indochine 1943).

Médaille de bronze: M. Blanc, du corps de santé colonial, Vo Duy Truong, médecin contractuel, Nguyen Dang Phuong, médecin indochinois. (Choléra, Haïphong, 1943).

Hôpitaux publics. — Le *Journal officiel* du 12 avril publie deux arrêtés relatifs aux traitements du personnel administra des hôpitaux publics, et aux traitements des pharmaciens des hôpitaux et hospices publics.

Marine marchande.

Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (Laboratoire d'Hygiène), le 19 juin 1944 et jours suivants.

Les épreuves écrites commenceront le 19 juin à 9 heures.

Les dossiers des candidats devront être adressés *vingt jours à l'avance* au secrétariat d'Etat à la Marine et aux Colonies (Services de la Marine marchande, Direction des Gens de mer), 3, place de Fontenoy, à Paris, VIIe.

Aucune convocation individuelle ne sera adressée aux candidats.

La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 100 francs pour droits d'inscription.

Cours.

Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande.* — En vue de préparer les candidats à cet examen, qui aura lieu en juin 1944, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'Hygiène. Le cours durera du 22 mai au 7 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques. Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° Les docteurs en médecine et, par exception, les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin ; 2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4) tous les matins de 10 heures à midi et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 300 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'Hygiène.

Clinique ophtalmologique. — M. le Professeur agrégé Renard, avec la collaboration de MM. les Professeurs agrégés Garcin et Turpin, de M. le Dr Offret, ophtalmologiste des hôpitaux et de M. le Dr David, fera, à partir du 21 avril, une série de cours sur des sujets ophtalmologiques d'actualité chaque vendredi, à 11 heures.

Ces leçons auront lieu à l'amphithéâtre Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

L'Ecole Centrale de Puériculture commencera le 20 avril sa *deuxième série de cinq démonstrations de puériculture et de diététique* suivies de travaux pratiques réservés aux élèves du cours élémentaire.

Un nombre de places limitées pourra être mis à la disposition d'élèves non inscrites à l'Ecole, qui en *feront la demande par écrit avant le 15 avril* au Dr Rouèche, directeur de l'Ecole, Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

Conférences de perfectionnement aux Internes en Pharmacie des hôpitaux de Paris.

Ces conférences, instituées avec la collaboration de l'Association confraternelle des Internes en Pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, auront lieu à l'amphithéâtre d'urologie du groupe hospitalier Necker-Enfants Malades, le dimanche à 10 heures, au cours des mois de mai, juin et juillet.

Dimanche 14 mai, à 10 heures: M. G. VALETTE, L'examen microscopique des matières fécales (avec projections).

Dimanche 11 juin, à 10 heures : M. R. CAVIER, Les éléments figurés du sang à l'état normal et pathologique (avec projections).

Dimanche 9 juillet, à 10 heures : M. JANOT, Les substances antimicrobiennes d'origine fongique. La pénicilline.

Cours de préparation aux fonctions de médecin des services d'orientation professionnelle. — Un cours d'orientation professionnelle réservé aux médecins s'ouvrira le 15 mai. Le cours est organisé par l'Institut National d'O. P., 41, rue Gay-Lussac, avec le concours du Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine. Durée du cours : du 15 mai au 3 juin. Tous les jours, 2 heures de cours ou travaux pratiques. Droits d'inscription : 300 francs (à verser au Laboratoire d'Hygiène,

21, rue de l'Ecole-de-Médecine). Sanction du cours : Certificat de stage complet au cours complémentaire de l'I. N. O. P. (Section des médecins). Pour tous renseignements, s'adresser à l'Institut National d'Etude du Travail et d'Orientation professionnelle, 41, rue Gay-Lussac, Paris (Ve). Inscriptions : s'inscrire au Laboratoire d'Hygiène, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusqu'au 6 mai, de 14 à 17 heures.

Le nombre des auditeurs est limité.

Enseignement des hôpitaux libres. — Le vendredi 12 mai 1944, à 18 heures, le Dr Maurice Delort fera une conférence sur : *Erreurs, illusions et vérités des régimes alimentaires.*

Amphithéâtre de l'Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris, 6e.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. — Professeur : M. Pierre LANTUEJOUL.

Cours de vacances de pratique obstétricale. — Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 1er avril 1944; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 17 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours. Droit : 300 francs.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. *Cours de perfectionnement de gynécologie*, par le professeur Georges Jeanneney, et *Journées Gynécologiques de Dax.* — Avec la collaboration de MM. les professeurs Creyx, Darget, Dubreuil, de Grailly, Rivière, Rechou, Rocher; de MM. les professeurs agrégés Magendie et Mahon, et de MM. les docteurs Irène Bernard, Cator, Demange, Glaunes, Hirtz, Ringenbach, Rosset, Servantie et Tayeau.

Deux *Journées gynécologiques* auront lieu à Dax, le samedi 27 et le dimanche 28 mai. Des exposés spéciaux seront donnés par MM. les professeurs Leriche (Collège de France), Avel (Faculté des Sciences), Binet (Nancy), Champy (Paris), Cotte (Lyon), de Gennes (Paris), Guy Laroche, Le Lorier (Paris), Létard (Alfort), Mauriac (Bordeaux), Turpin (Paris), etc. Des communications particulières et des discussions suivront ces exposés.

Le *Cours de perfectionnement* aura lieu du lundi 22 au samedi 27 mai 1944, aux Nouvelles Cliniques Chirurgicales de l'Hôpital Saint-André,

le matin de 9 h. à 12 h. : deux cours, un travail pratique ;

l'après-midi de 15 h. à 19 h. : un cours, deux travaux pratiques.

S'inscrire avant le 20 avril au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. *Droit d'inscription :* 200 francs.

Un certificat sera délivré aux médecins qui auront suivi les Cours et Travaux pratiques.

Pour les journées de Dax, s'inscrire au Centre de transfusion sanguine, à l'Hôpital Saint-André. Le matin de 9 h. à 12 h. Prix : 180 francs.

Société pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.). — Depuis la publication de la liste des subventions adressées, en 1943, par les Laboratoires de Produits Pharmaceutiques, la F. E. M. a reçu — également pour 1943 — un don de 2.000 fr. des Laboratoires S. I. T. S. A.

L'Hôpital français et son avenir. — M. Thoillier, inspecteur général de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, 1, avenue de Tourville, à Paris, vient de rédiger une véritable encyclopédie pratique de toutes les techniques modernes mises au service du malade.

Cet ouvrage, agrémenté de dessins, plans, schémas et de nombreuses photographies, préfacé par le professeur Parisot, de la Faculté de médecine de Nancy, et le professeur Gernez, de la Faculté de Lille, accessible à un large public : médecins, administrateurs, agents hospitaliers, rendra le plus grand service aux candidats aux concours qui s'ouvriront demain pour les postes de maîtrise de nos hôpitaux et hospices.

La Messe Familiale des Médecins.

Sur l'initiative de *Médecine et Famille* et de son Secrétaire général, le docteur Renaudeaux, la deuxième messe familiale du Corps Médical et des services de Santé aura lieu le *dimanche* 14 *mai* 1944, à 9 heures, en la chapelle Saint-Louis des Invalides.

Nous prierons pour le repos de l'âme de tous nos défunts, en particulier pour nos morts des deux guerres et pour nos victimes civiles. Nous n'oublierons pas nos familles éprouvées (notamment nos évacués, nos sinistrés, nos prisonniers et travailleurs à l'étranger). Des hommages solennels seront rendus à nos mères de famille du Corps médical et spécialement aux mères décorées de la Médaille française des promotions de 1944 et de celles qui les ont précédées, tout spécialement en ce dimanche précédant la journée qui, dans toute la France, leur est consacrée.

L'Académie de Médecine, la Faculté de Médecine, l'Ordre des Médecins, les Hôpitaux, toutes les Associations médicales et celles des Médecins du Front ont été invités à participer en masse à cette cérémonie religieuse organisée avec le dévoué concours des groupes et des conférences de médecins et d'étudiants catholiques.

Y seront représentées les autres professions qui composent la Corporation Sanitaire (sages-femmes, pharmaciens, vétérinaires, auxiliaires médicaux) et les grands mouvements familiaux avec lesquels l'Association Médecine et Famille agit en liaison constante.

Ce n'est pas à nos confrères seuls que notre appel d'aujourd'hui est adressé, mais à toutes nos familles, à nos enfants et à tous les étudiants et étudiantes en médecine qui se doivent de se joindre à nous.

Le service protestant en souvenir des morts des familles et en l'honneur des mères des familles médicales.

Il aura lieu le *dimanche* 7 *mai* 1944, à 10 h. 30, au Temple de la Rédemption, 16, rue Chauchat. Métro : Richelieu-Drouot et Notre-Dame-de-Lorette. La prédication a été demandée au pasteur Hammel, docteur en médecine.

De la part des docteurs Henri Cambessedès, Marc Chevalley et Henri Meyer, membres du Conseil d'administration de Médecine et Famille (*Association des Médecins amis de la famille et des familles nombreuses médicales : 28, place Saint-Georges, à Paris-IXe*).

ORDRE DES MEDECINS

Prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris. — Les prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris viennent d'être fixés ainsi qu'il suit par un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé :

Médecine, 135 fr. ; chirurgie, 141 fr. ; maternité, 141 fr. ; sanatoria, 80 fr. ; établissements de chirurgie, 70 fr. ; établissements de convalescence, 56 francs.

En application de la loi du 29 mai 1941, le tarif de responsabilité des Caisses d'Assurances Sociales a été posé au même taux. Après déduction du ticket modérateur de 20 %, le remboursement à l'assuré s'élève donc à :

Médecine, 135 — 27 (108 fr.) ; chirurgie, 141 — 28,20 (112 fr. 80) ; maternité, 141 — 28,20 (112 fr. 80) ; sanatoria, 80 — 16 (64 fr.) ; établissements de chirurgie, 70 — 14 (56 fr.) ; établissements de convalescence, 56 — 11,20 (44 fr. 80).

Indemnités allouées aux médecins et chirurgiens des P. T. T. — Le « Journal officiel » du 12-4-44 publie la communication suivante émanant du Ministère de la Production Industrielle et des Communications.

Par arrêté du 29 mars 1944, la rétribution annuelle des médecins de circonscription et des chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones exerçant à Paris et dans les départements de la Seine et Seine-et-Oise, est fixée à 10.000 francs.

La rétribution annuelle des médecins de circonscription des postes, télégraphes et téléphones exerçant dans les autres départements est fixée à 7.500 francs.

Les dispositions de cet arrêté entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1944.

Tarif corporatif minimum décidé par le Conseil du Collège départemental de Seine-et-Marne. — Le Collège a décidé d'appliquer, à partir du 1er avril 1944, le tarif corporatif minimum suivant :

Consultation, 40 fr. ; visite en ville, 50 fr. ; visite du dimanche, 80 fr. ; visite de nuit, 100 fr. ; visite en campagne, 30 fr. (plus indemnité de 4 fr. par kilomètre parcouru.

P.C. 30 = K. 30.

Mariage.

Le Dr et Mme Bovat, le Dr et Mme Georges Villey-Desmeserets font part du mariage de leur petite-fille et fille, Mlle Odile Villey-Desmeserets, externe des hôpitaux de Paris, avec M. Jean Fourment, externe des hôpitaux de Paris. — (29 avril 1944).

Naissances.

Le Dr H. Roulland est heureux d'annoncer la naissance de ses deux petits-fils : Jean-Loup, fils du Dr et Mme Henry Roulland, et Patrice, fils de M. Maurice Roulland, étudiant en médecine et de Mme Maurice Roulland (avril 1944).

(*Voir suite page* 141.)


PERANDRONE
PROPIONATE DE TESTOSTÉRONE
CIBA
HORMONE ORCHITIQUE
SYNTHÉTIQUE
CHIMIQUEMENT PURE
Déficiences glandulaires
Troubles du métabolisme
AMPOULES DE 1 C.C.
à 5 mgrs
à 10 mgrs
à 25 mgrs
LABORATOIRES CIBA . Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu _ LYON


SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.
2 formes : comprimés et poudre.
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Barromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON


POMMADE EUTROPHIQUE ET
CICATRISANTE
VITAMINES
HORMONES
CUTIGÉNOL
ENGELURES
PLAIES ATONES
ULCÈRES VARIQUEUX
BRÛLURES
LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU, PARIS (8e)

SUITES ÉLOIGNÉES DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA

par M. Auvray,

Membre de l'Académie de Médecine.

Nous laisserons de côté dans cette étude les décollements traumatiques de l'épiphyse supérieure du tibia, les fractures chez l'enfant, pour nous cantonner exclusivement dans l'étude de ces fractures chez les sujets adultes, le plus souvent accidentés du travail, examinés par nous, en expertise, dans ces dernières années.

Le rappel de quelques *notions anatomiques* est ici nécessaire. L'extrémité supérieure du tibia est constituée par deux masses volumineuses qu'on appelle les tubérosités du tibia. Il existe une tubérosité interne et une tubérosité externe, appelées aussi improprement les condyles interne et externe. Par leur réunion, les deux tubérosités forment le plateau tibial, partie intégrante de l'articulation du genou, sur laquelle reposent les condyles fémoraux. L'extrémité supérieure du tibia est faite d'un tissu spongieux, très vasculaire, qui devient le siège, avec l'âge, d'un processus de résorption osseuse. C'est là ce qui explique la plus grande fréquence de ces fractures à un âge déjà avancé, de quarante à soixante ans. Dans notre statistique, plus de la moitié des blessés avaient dépassé quarante ans avec maximum de fréquence, surtout pour les fractures articulaires ou tubérositaires, de cinquante-cinq à soixante-trois ans.



Fig. 1. — Fracture transtubérositaire plus ou moins haute.

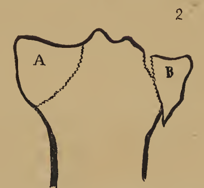


Fig. 2. — Fracture unitubérositaire. En B abaissement de la tubérosité fracturée. Dénivellement de la surface tibiale. En A, la tubérosité fracturée est demeurée en place.



Fig. 3. — Fracture bitubérositaire en Y ou en V.

On distingue au niveau de l'extrémité supérieure du tibia des fractures *extra* ou *juxta articulaires* et des fractures *articulaires* dans lesquelles le foyer de fracture communique avec l'articulation du genou, disposition dont on saisit toute l'importance.

Dans les *fractures extra articulaires*, il existe des fractures hautes dans lesquelles le trait passe en pleine masse tubérositaire et des fractures basses ou sous-tubérositaires dans lesquelles le trait siège au niveau de la tubérosité antérieure ou au-dessous d'elle. Dans ces deux variétés, le trait de fracture peut être oblique ou transversal s'accompagnant alors parfois d'engrènement, de pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse; rarement il est spiroïde.

Dans les *fractures articulaires*, il faut distinguer des fractures *unitubérositaires*, intéressant soit la tubérosité interne seule, soit le plus souvent la tubérosité externe. Ces fractures peuvent être incomplètes (fissures, tassement de la tubérosité) ou complètes détachant de l'épiphyse tout ou partie plus ou moins importante de la tubérosité. Tout déplacement de la tubérosité peut manquer, celle-ci restant fixée aux parties voisines par sa capsule fibro-périostique ; mais parfois la tubérosité est abaissée entraînant un dénivellement de la surface articulaire tibiale très préjudiciable, on le conçoit, à la statique articulaire.

Beaucoup plus rarement la fracture est *bitubérositaire*, les deux tubérosités étant séparées l'une de l'autre et de la diaphyse par un trait de fracture en ⊥, en Λ, ou en ⅄. Enfin chez l'un de nos blessés, il existait une *fracture tubérositaire des deux tibias.*

Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia sont rares ; de toutes celles que nous avons observées, elles sont parmi les moins fréquentes. Elles ont atteint presque toujours dans notre statistique des hommes, quelle que soit la variété de fracture considérée.

Manifestations cliniques tardives.

Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia, à quelque vari[été] anatomique qu'elles appartiennent, présentent tant d'analogies dans le[ur] évolution clinique, tant de signes communs (même retentissement s[ur] l'extrémité supérieure du tibia, mêmes lésions d'entorse de l'articu[la]tion voisine du genou, mêmes réactions de la jointure, même attein[te] des mouvements et de la statique articulaire), qu'il m'a paru préféra[ble] d'en présenter les manifestations cliniques tardives dans un même ch[a]pitre.

Nous allons successivement envisager les déformations et les at[ti]tudes vicieuses du membre, conséquences lointaines de la fracture, l[es] modifications subies par le membre inférieur dans ses dimensions, da[ns] sa musculature, dans sa force, les troubles enregistrés dans le jeu d[es] articulations, en particulier de l'articulation du genou si souvent gr[a]vement atteinte dans sa solidité et sa mobilité et leur retentisseme[nt] sur le fonctionnement du membre sur la marche.

L'augmentation de volume et la déformation de l'extrémité sup[é]rieure du tibia, perceptibles à la vue et au palper, existaient chez [la] plupart de nos blessés à un degré plus ou moins prononcé ; il s'ag[is]sait tantôt de l'augmentation en bloc du plateau tibial, tantôt de l'au[g]mentation d'une des tubérosités fracturées formant une saillie plus [ou] moins marquée à la surface de l'os. Dans près de la moitié des c[as], les pressions réveillaient une douleur plus ou moins vive sur les tubér[o]sités ou sur l'interligne articulaire. Le membre blessé présentait souve[nt], 11 fois sur 26, une modification de son axe, une attitude vicieu[se] variable suivant les sujets, il s'agissait parfois d'une attitude permanen[te] d'inflexion de la jambe sur la cuisse, ou encore d'une déformati[on] arquée à concavité interne ou antérieure du segment jambier, exceptio[n]nellement d'un véritable genu recurvatum, plus souvent d'un ge[nu] valgum lié à l'abaissement du fragment tubérositaire externe fractu[ré] qui n'avait pas été réduit en laissant persister un dénivellement de [la] surface tibiale articulaire; parfois enfin la pointe du pied demeur[ait] tournée en dehors. Malgré ces déviations, le plus souvent légères il [est] vrai, l'appui plantaire du membre blessé se faisait dans de bonn[es] conditions.

J'insiste ici tout particulièrement sur l'importance qu'il y a à c[or]riger, ce que seule pourra faire le plus souvent une intervention sa[n]glante, le dénivellement de la surface articulaire tibiale, conséquence [de] l'abaissement de l'un ou l'autre des condyles fracturés. C'est à [cet] abaissement méconnu ou non réduit qu'est due l'attitude en valgus disgracieuse et si nuisible à une bonne statique articulaire.

Les *mensurations* du membre fracturé nous ont fourni les renseign[e]ments suivants : en ce qui concerne le *raccourcissement*, je rappe[lle] que certaines variétés de fractures exposent plus que d'autres au ra[c]courcissement du membre, la fracture transtubérositaire par exem[ple] surtout lorsque le trait de fracture est oblique, ou encore la fractu[re] bitubérositaire dans laquelle le fragment tibial inférieur pénètre [en] coin entre les deux tubérosités, tandis que les fractures unitubéro[si]taires, lorsque la tubérosité fracturée ne subit aucun déplacement [et] que la face articulaire du plateau tibial ne présente aucun dénivellemen[t] ne s'accompagnent pas de raccourcissement.

Chez nos blessés le raccourcissement existait dans un peu moins [du] quart des cas, il oscillait de 1 centimètre à 3 centimètres et 3 cm.

Une augmentation du volume du genou constatable à la vue, [au] palper et aux mensurations existait dans un peu moins de la moitié d[es] cas, elle était le plus souvent de 1 à 2 centimètres, mais atteign[ait] parfois jusqu'à 3 ou 4 centimètres; j'ai pu constater dans certai[ns] cas que ces chiffres primitivement élevés se trouvaient réduits pl[us]

d au moment de l'expertise de révision. Dans la moitié des cas, il istait de l'*atrophie des muscles du mollet* allant de o cm. 5 à 2 cm. 5; réalité, cette atrophie était plus fréquente encore, car dans un grand mbre de cas elle était masquée par un œdème persistant du segment mbier. Dans presque la totalité des cas, on constatait par le palper une *ninution de la tonicité des muscles de la cuisse* et les mensurations vélaient une atrophie variant de o cm. 5 à 4 centimètres et même cm. 8. C'était au moment de notre examen l'une des manifestations niques les plus importantes; les cas où il n'existait pas d'atrophie usculaire étaient tout à fait exceptionnels. Cette atrophie musclaire, jointe il est vrai assez souvent à un manque de solidité du nou, expliquait la faiblesse du membre, la station debout sur le embre blessé, en lui faisant supporter seul le poids du corps était ns un certain nombre de cas impossible ou très difficile.

L'état secondaire du genou voisin de la fracture mérite de retenir ıte l'attention. Dans les fractures, en effet, intéressant l'extrémité périeure du tibia et plus particulièrement dans les fractures tubéroaires qui sont des fractures communiquant avec la jointure, celle-ci souvent le siège d'un abondant épanchement sanguin (hémarthrose), sang provenant du foyer de fracture ouvert dans l'article et aussi des ptures ligamentaires (entorse) qui accompagnent si souvent la icture. C'est à la réfection incomplète de l'appareil ligamentaire et la surdistension parfois énorme de la séreuse articulaire par le sang, ısi qu'au dénivellement articulaire qui accompagne certaines fractures tubérositaires, quand il y a abaissement de la tubérosité fracturée, 'il faut attribuer la persistance d'une *latéralité anormale* qui assomit singulièrement le pronostic de ces fractures et les a fait considérer mme des fractures particulièrement graves à une époque où les internions sanglantes dans le traitement des fractures n'étaient pas trées dans le domaine de la pratique. Cette latéralité anormale existait ns près de la moitié des cas chez nos blessés, elle se manifestait sount par une laxité anormale prononcée ou même très marquée, le nou en pareil cas présentant un manque de solidité très gênant pour malade dont le membre se dérobait sous l'influence du poids du rps, dans la station debout sur le membre blessé ou dans la marche.

La rotule, dans la plupart des cas, avait conservé sa mobilité latérale. séreuse articulaire n'était que très rarement le siège d'un épancheent et toujours léger. Par contre, la persistance d'une *arthrite sèche ironique* existait dans plus de la moitié des cas se traduisant tantôt par ıelques rares craquements, tantôt par de nombreux et gros craıements.

En ce qui concerne les *mouvements du genou*, il y a lieu de faire marquer qu'ils étaient, dans l'ensemble, plus satisfaisants qu'on ırait pu le supposer, étant donné l'importance des désordres trop ıuvent observés du côté de cette jointure au cours des fractures de extrémité supérieure du tibia.

Dans près du tiers des cas, l'extension de la jambe demeurait légèment limitée, la jambe ne pouvant pas être aussi complètement redrese du côté blessé que du côté sain. Quant à la flexion de la jambe chez us de la moitié des sujets (16 sur 27) que nous avons examinés, elle ait complète ou presque complète dépassant l'angle droit de 35 à 45° ; le était limitée à l'angle droit ou aux environs de l'angle droit dans ès du quart des cas ; elle demeurait au-dessous de l'angle droit lexion à 40°) dans un seul cas ; et chez un seul blessé également l'ankyse était totale et s'accompagnait d'un état douloureux qui empêchait ıppui sur le membre.

Si les mouvements de la hanche étaient indemnes chez tous nos bles-.s, ceux du *cou-de-pied*, par contre, avaient subi le contre-coup de la sion du genou dans plus du tiers des cas (11 sur 27) du fait sans oute de l'immobilisation défectueuse ou trop prolongée à laquelle avait é soumise cette jointure ; c'est surtout la flexion dorsale du pied sa rotation interne qui étaient le plus atteints ; dans un seul cas, flexion dorsale n'atteignait pas l'angle droit, dans plusieurs autres, le atteignait tout juste l'angle droit, d'où une limitation plus ou oins marquée de la position accroupie. L'extension du pied était moins ıuvent limitée que les mouvements de flexion et de rotation.

Chez trois sujets soumis à notre examen, la marche était impossible ı très difficile ; l'un d'eux présentait une ankylose totale du genou ec état douloureux qui ne permettait pas l'appui sur le membre ; ı autre qui présentait une fracture de l'extrémité supérieure de ses ux tibias, marchait très péniblement avec l'appui de deux cannes ; ı troisième blessé marchait très difficilement en s'aidant d'une béıille.

Six autres sujets ne pouvaient marcher que difficilement sans appui, ı marchaient sans appui, mais très lentement, avec appréhension, une gère attitude vicieuse, une claudication plus ou moins marquée.

En somme, un tiers des sujets blessés examinés plusieurs mois après ur accident conservaient des troubles notables de la marche.

Chez les autres blessés, la marche était possible dans des conditions bonnes ou à peu près normales ; j'entends par là que la marche était facile, sans appui le membre en bonne position, sans claudication ou avec une très légère boiterie.

Le tiers des blessés que nous avons expertisés avaient été soumis à une *intervention opératoire*. Bien entendu, je ne considère pas comme une opération la simple ponction du genou, destinée après l'accident, à évacuer de façon très utile l'épanchement séro-hématique souvent très important à la suite de ces fractures.

Les opérations pratiquées chez nos sujets étaient :

Dans deux cas de fractures ouvertes, l'épluchage, la désinfection du foyer de fracture et la réduction suivie de l'immobilisation du membre ;

la simple réduction, la remise en place après arthrotomie de la tubérosité fracturée et abaissée en cas de fracture tubérositaire, de façon à reconstituer la surface du plateau tibial, et sans que la reposition soit suivie d'un vissage, d'une ostéosynthèse quelconque ; j'ai vu de ces opérations qui avaient donné un excellent résultat ;

l'ostéosynthèse appliquée à quelques fractures transtubérositaires de l'extrémité supérieure du tibia, ou encore en cas de fracture tubérositaire la réduction après arthrotomie du fragment tubérositaire déplacé et sa fixation par une ou plusieurs vis ;

enfin l'ablation d'un fragment osseux tubérositaire, suivie de la reconstitution du plateau tibial par des greffons pris sur le tibia.

Chez les deux tiers de nos blessés, le traitement avait consisté dans le *repos au lit*, le *membre immobilisé* soit dans une simple gouttière en fil de fer, soit dans un appareil plâtré laissé à demeure de trente à quatre-vingt-dix jours. Beaucoup de fractures tubérositaires ne s'accompagnent d'aucun déplacement, on conçoit que la simple immobilisation même sur appareil ait suffi. Mais les fractures avec chevauchement, ce qui est le cas de certaines fractures transtubérositaires ont dû être soumises avant l'appareillage à la réduction de la fracture. L'un de nos sujets avait été soumis à l'extension continue transcalcanéenne.

Ces diverses thérapeutiques ont abouti aux *résultats* suivants :

En ce qui concerne les *incapacités temporaires*, il y en a eu quelques-unes de courte durée, un mois et demi à trois mois, concernant en particulier des fractures sans déplacement, mais la durée moyenne de l'incapacité temporaire a oscillé dans près des deux tiers dans des cas de quatre à six mois, avec maximum de fréquence à cinq mois. La durée de l'incapacité temporaire a atteint plus rarement sept mois. Quelques-unes de ces incapacités temporaires prolongées étaient dues à l'existence de blessures multiples dont la plus grave n'était pas la fracture du tibia ; d'autres concernaient des sujets opérés (de greffe osseuse en particulier) ou des sujets ayant présenté des complications post-opératoires (embolies, suivies d'un état pulmonaire grave).

Le taux d'*incapacité permanente*, dans un peu moins du tiers des cas (8/27), a varié de 7 % à 10 %; dans ces taux d'invalidité peu élevés figurent des cas observés en révision dans lesquels le taux d'invalidité primitif avait été parfois réduit de moitié, des cas où les lésions osseuses ne s'accompagnaient d'aucun déplacement ou encore des cas où, s'il existait un déplacement tubérositaire, celui-ci put être réduit de la façon la plus simple sans aucune fixation de l'os réduit. Dans un peu plus du tiers des cas (10 sur 27) le taux de l'incapacité a oscillé de 15 à 20 et 25 % ; dans cette série figurent un certain nombre de cas opérés, la plupart par reposition et vissage de la tubérosité remise en place.

Enfin dans un tiers des cas, les résultats obtenus ont été peu favorables et les chiffres d'invalidité ont atteint à 30, 40, 50 et 55 %. Ce sont là des chiffres qui assombrissent sensiblement le pronostic des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. Figurent dans cette série des cas où le genou était resté particulièrement gros, douloureux ; où il persistait un épanchement plus ou moins abondant, où un reliquat d'arthrite caractérisée par de gros craquements ; des cas où il y avait une attitude vicieuse permanente de la jointure, une attitude plus ou moins marquée du membre en *genu valgum* conséquence d'un dénivellement persistant des tubérosités du tibia. Le membre blessé était parfois le siège d'une laxité anormale, d'un *mouvement de latéralité anormal de la jointure* plus ou moins prononcé, qui compromettait la solidité du membre ; plusieurs de ces blessés étaient dans l'impossibilité de faire supporter au membre malade tout le poids du corps. L'atrophie chez certains blessés était parfois aussi très marquée, pouvant atteindre à la cuisse jusqu'à 4 et 5 centimètres et entraînant une grande faiblesse du membre. Quelques-uns des fracturés surtout dans le cas de fractures transtubérositaires du tibia, présentaient des raccourcissements importants mesurant jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Chez certains de ces grands invalides, au lieu d'observer, ce qui était plus souvent le cas, une laxité anormale de la jointure, on constatait une raideur plus ou moins marquée du genou et, même dans un cas, une ankylose totale. Chez d'autres, l'état anatomique des parties avait conduit à des opérations plus importantes

que la simple remise en place de la tubérosité déplacée, à des greffes osseuses en particulier qui ne m'ont pas semblé avoir donné de bien bons résultats. Plusieurs des blessés de cette catégorie marchaient encore très péniblement, très lentement, en s'aidant d'un point d'appui (canne ou béquilles) au moment de notre examen. La plupart avaient fait l'objet d'incapacités temporaires prolongées jusqu'à onze et treize mois.

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de cette étude, nos conclusions sont les suivantes : Tout dépend pour l'avenir des fractures de l'extrémité supérieure du tibia de la forme anatomique à laquelle elles appartiennent et du soin apporté à la réduction de certaines de ces fractures.

Les fractures transtubérositaires dont le trait de fracture est transversal et qui sont parfois engrenées, d'autre part les fractures tubérositaires sous-périostées ne s'accompagnant d'aucun déplacement de la tubérosité, guériront par la simple immobilisation en appareil plâtré et n'entraîneront qu'un pourcentage d'invalidité peu élevé. Par contre, les fractures transtubérositaires présentant un trait de fracture très oblique, s'accompagneront de déplacements importants entraînant à des désordres de voisinage parfois graves et à des raccourcissements notables et conduiront à de grosses infirmités si elles sont mal réduites ou abandonnées à elles-mêmes. Il en sera de même dans les fractures tubérositaires, lorsqu'elles s'accompagneront d'un abaissement de la tubérosité entraînant un dénivellement du plateau tibial et qu'une entorse grave de l'articulation du genou avec hémarthrose abondante viendra compliquer la situation. Si une thérapeutique très active n'est pas mise en œuvre, si l'épanchement articulaire n'est pas évacué, si le déplacement de la tubérosité abaissée n'est pas corrigée et l'articulation reconstituée, le blessé restera un grand infirme. Ce sont ces malades dont le membre demeurera en attitude de *genu valgum*, qui conserveront une laxité anormale de la jointure plus ou moins prononcée, dont le genou manquera de solidité, dont la marche se fera dans des conditions parfois très défectueuses et auxquels nous devrons attribuer des taux d'invalidité très élevés.

L'intervention chirurgicale s'impose dans toutes les fractures qui plus tard peuvent compromettre gravement la statique de la jointure. J'ai constaté les très heureux résultats qu'elle a donnés dans un certain nombre de cas entre des mains expérimentées, bien outillées, rompues à la chirurgie osseuse et opérant sous le couvert de la plus rigoureuse asepsie. Abandonner ces blessés à leur malheureux sort c'est en faire de grands impotents. Je considérerais en pareille circonstance comme une faute grave de n'avoir pas fait la radiographie qui seule peut renseigner sur la nature exacte des lésions anatomiques et guider dans le choix de la thérapeutique.

MARCHÉ NOIR INFANTILE

par Georges d'Heucqueville

Son père conduit Pierre G..., 14 ans, à notre consultation : « Il vole, déclare-t-il, une mesure s'impose d'urgence. »

Tandis que notre assistante interroge le malade, voici ce que son père nous raconte :

« Dès l'âge de 10 ans, Pierre prenait chez sa tante du sucre et du chocolat, puis de l'argent dans le portefeuille de son oncle ; avec 300 francs volés ainsi, il offre un jour à toute sa classe; le cinéma.

» A 13 ans, il s'échappe du collège, emprunte des fonds au jardinier, trafique sur les gâteaux vitaminés.

» A 14 ans, en cinquième, il vole 1.200 francs, puis 1.600, dans la cabine du surveillant de dortoir : il achète des victuailles, une crèche et un arbre de Noël à ses grands-parents.

» Entre ses camarades et leurs familles, il organise tout un trafic de sucre et de tabac. Dans une officine de marché noir, il vole une remorque et des pompes de bicyclette, des sacs à provisions, etc. »

Quels antécédents relevons-nous?

Le père nous confie qu'il est divorcé, aux torts de la mère, convaincue d'adultère : elle avait été prise par ailleurs en flagrant délit de vol à l'étalage. Le grand-père maternel serait mort alcoolique et dément. Ni fausse couche, ni mort-né. Un frère et une sœur cadets sains d'apparence.

Grossesse et accouchement normaux. Poids à la naissance : 3 kilos. Dans la première année, développement difficile : première dent à 9 mois, marche à 17 mois, premiers mots à 18 mois, propreté de jour et de nuit à 2 ans. Ni convulsions de l'enfance, ni aucune maladie infectieuse notable, sinon des otites à répétition.

De 2 à 6 ans, frayeurs nocturnes. Le jour, à la moindre contrariété, le malade se jetait à terre. Il semblait sourd aux ordres, commençait mille jeux pour les quitter aussitôt.

En classe, il bâclait ses devoirs : sa première institutrice l'appelait « torpille ».

Le père nous remet un *écrit* du malade (faux pouvoir qu'il avait signé du nom de son grand-père) : « *Je soussigné que mon petit-fils est autorisé a acheter un appareil de cinéma ne dépassant pas* 800 *francs.* »

Notre assistante a terminé ses *mesures de niveau:* niveau physique de 14 ans (poids, taille, développement moteur) ; niveaux mentaux de 11 ans (éveil, mémoire, connaissances).

A l'*examen*, nous relevons : mydriase discrète, réflexes rotuliens et achilléens très vifs, rythme cardiaque instable, tubercule de Darwin sur l'oreille, organes sexuels infantiles.

Demeuré seul avec nous, Pierre baisse les yeux, ferme son visage et répond de quelques mots laconiques : « *La tentation est plus forte que moi.* »

Il ne désigne aucun persécuteur, mais vit replié sur lui-même, sans ami.

A quel groupe clinique appartient-il?

Pierre ne se comporte guère en *dément précoce:* dans sa conduite, où serait la discordance ? pas davantage en *paranoïaque*, orgueilleux, méfiant, revendicateur, ni en *pervers*, ennemi farouche de ses semblables.

Le diagnotic de *kleptomanie* est-il légitime ? Pierre est-il la proie d'une impulsion irrésistible à voler, comme il prétend, à la manière du morphinomane qui ne peut survivre sans sa drogue ? Il ne sait guère décrire ses prétendues luttes anxieuses avec la tentation (sueur froides, polyurie, diarrhée) : Pierre vole sans douleur et sait adapter ses vols à ses désirs du moment.

Est-il *épileptique?* Jamais le père n'a relevé ni crise convulsive, ni même vertige, somnambulisme, absence, incontinence nocturne. Son tempérament exalté, impétueux, ne rappelle pas le caractère épileptique « sournois, égoïste, rancunier, colère, entêté, obséquieux, dissimulé », comme le décrivait Chaslin.

Notre malade rentre dans cette immense majorité des enfants dits anormaux, qui ont repris les mœurs vagabondes et pillardes des primitifs, les *instables.*

Comme les instables, Pierre suit une double hérédité névropathique et toxi-infectieuse (mère kleptomane, grand-père alcoolique), son premier développement a été difficile, puis il est devenu turbulent, « torpille » à l'école, porté aux violences et aux fugues, les réflexes et le cœur sont instables.

A quelle cause attribuer ses vols?

D'abord Pierre est-il le triste témoin de son époque ? Le marché noir épidémique l'a-t-il perverti ? Mais il avait commencé de voler bien avant l'épidémie.

Faut-il incriminer la rue ? Ses grands-parents ne le laissaient jamais à la rue; le cinéma ? il n'y serait allé qu'une fois, entraînant toute sa classe; une influence pernicieuse ? Pierre ne se lie guère, il volait seul à la maison, il vole seul au collège.

En revanche, la famille a offert au malade une ambiance propice à l'éclosion de ses penchants anormaux : les grands-parents paternels, par rancune contre la mère coupable, tendent à excuser le fils comme une victime.

De ces facteurs étiologiques secondaires, venons-en aux principaux :

1° D'encéphalite épidémique, de méningite cérébro-spinale, de typhoïde, ou d'autres infections incriminées chez les sujets pervertis, le malade n'a jamais présenté aucun symptôme; de même, ni convulsion de l'enfance, ni traumatisme obstétrical.

2° L'alcoolisme du grand-père est à retenir.

3° La mère a volé : voilà la cause première des vols de Pierre. Seul trafique au marché noir l'enfant qu'y appelle la voix du sang : toxi-infection des parents, traumatismes obstétricaux, convulsions et maladies du jeune âge font seulement réapparaître la tare familiale.

Quel avenir attend ce malade?

Comme tous les instables, Pierre, entraîné à présent dans le courant de la vie irrégulière, n'aura plus tendance à se corriger de lui-même : deviendra-t-il un récidiviste promis à la relégation ?

L'instable, toutefois, réagit à la cure sédative, entreprise à temps ; il se stabilise alors et apprend un métier. A 14 ans, Pierre reste infantile, la cure mérite encore d'être tentée.

Quelles mesures prendre?

Le père est prêt à user de son droit de correction paternelle (Art. 375 du Code civil) : nous l'en dissuadons ; la maison de correction lui donnerait peut-être la tranquillité, mais ni le traitement, ni la rééducation qu'il faut tenter encore.

Pour ces derniers, Pierre doit être hospitalisé dans un centre neurologique spécial : il a obtenu un lit dans notre service de l'œuvre des Frères Hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu à la Villetertre.

Et il y a reçu le *traitement* suivant :

1° une série de médications de « régénérescence », pour rectifier ses tares héréditaires (mercure, vitamines D et E, folliculine) ;

2° la cure sédative (bains tièdes prolongés, siestes, courts exercices physiques et intellectuels alternés, etc.), sans aucun hypnotique ;

3° pour ébranler les appétits anormaux du malade, un traitement de choc (12 injections intra-veineuses de 4 cm³ de cardiazol).

Au début de la cure, Pierre volait chaque jour : un jour les livres et plumiers des autres malades, pour les mettre en pières et les enterrer. Mais, après le traitement de choc, il s'est transformé, n'a plus commis aucun vol et s'est remis à préparer le certificat d'études : il a vérifié ainsi notre pronostic favorable.

Quels derniers conseils donner au père du malade?

D'abord, quand Pierre sera rentré chez lui, s'occuper lui-même de son éducation : seule son influence, réveillant la résonance de caractères paternels masqués, pourra contrebalancer l'hérédité maternelle.

Enfin, puisque les écarts de Pierre ont été assez précoces pour permettre encore un traitement efficace, ne pas attendre semblables accidents pour traiter le frère et la sœur cadets.

ACTUALITÉS

Dosage de la Prothrombine dans le Sang et Thérapeutique préventive par la Vitamine K

La découverte par Dam (1929) d'un facteur de coagulation sanguine (Koagulation vitamin) et les études suisses et américaines faites à sa suite ont rappelé l'attention sur des hémorragies mal expliquées et peu accessibles au traitement. Les effets de la vitamine K tendent à la faire employer couramment à titre curatif et même préventif.

A propos de ces hémorragies on invoque classiquement infection, syphilis, fragilité vasculaire et surtout traumatisme. A y voir de plus près tout cela, et surtout le traumatisme devenait tout au plus l'accessoire (Lantuéjoul). Les hémorragies des hépatiques, des opérés hépato-biliaires étaient, avec raison, rapportées à une anomalie de la coagulation qu'on ne pouvait préciser faute d'idée nette sur la coagulation même, et l'on parlait d'insuffisance hépatique sans plus de précision.

L'étude de la carence K expérimentale a précisé les idées quant à la coagulation, révélé des analogies entre accidents hémorragiques et conduit vers un traitement nouveau :

Quick voit dans la coagulation deux temps : le premier, d'où naîtra la thrombine, met en présence calcium, thromboplastine et prothrombine, celle-ci d'origine probablement hépatique. Elle donne naissance à la thrombine. Le deuxième temps, mettant en présence : thrombine et fibrinogène, donne naissance à la fibrine. Les études relatives à la vitamine K corroborent cette théorie.

La carence K expérimentale de l'animal réalise une diathèse hémorragique où le déficit du sang en prothrombine est un trait primordial.

Le dosage de la prothrombine peut se faire en pratique clinique par la méthode de Quick ou celle de Kato et Poucher. On mesure le *temps de prothrombine*, temps de coagulation d'un sang où calcium et prothromboplastine ont été ramenés à des valeurs fixes et où le taux de prothrombine est la seule variable. La coagulation est d'autant plus rapide, et le temps de prothrombine d'autant plus court. que la prothrombine est plus abondante. Plus rapide que la normale, cette coagulation se fait chez le sujet normal en 24 secondes (prothrombinémie normale = 100 % (Létard), temps et taux varient donc de façon inverse : 97 secondes = 10 % ; 440 secondes = 1 %.

La carence K favorise les hémorragies (Dam) ; celles-ci sont dues au défaut de prothrombine (Schœnheyder); l'administration de vitamine K rétablit en un temps très court un taux normal de prothrombine et arrête les hémorragies.

On ne peut cependant confondre prothrombine ou vitamine K. Extractives ou synthétiques, toutes les vitamines K sont des naphtoquinones bisubstituées, corps ternaires, non azotés où le groupement naphto-quinone est le support du pouvoir vitaminique. La prothrombine est un corps quaternaire, azoté et se range parmi les globulines.

Une liaison existe pourtant entre ces corps. La présence de K est la condition nécessaire à la formation de la prothrombine, et au maintien de son taux normal. C'est à ses dépens ou en sa présence que la cellule hépatique, vraisemblablement, édifie la molécule de prothrombine. In vitro, en effet, K n'agit pas sur la coagulation ; de plus, quand le foie est trop atteint, il ne se forme pas de prothrombine, même en présence de K abondante.

En *pratique*, contre les hémorragies avec défaut de prothrombine, on prescrit actuellement la vitamine K, qu'on voie en elle le remède à une carence vraie ou seulement une médication pathogénique ou symptomatique.

L'absorption est rapide et en 6 heures environ la prothrombine se relève et l'hémorragie cesse.

Ces succès ont amené à doser systématiquement la prothrombine dans divers états physiologiques et pathologiques et à employer K à titre préventif.

Comme nous l'avons dit, le « temps de prothrombine » d'un adulte normal physiologiquement et hématologiquement est de 24 secondes (taux = 100 %). Pendant la grossesse le taux tend à s'élever à partir du quatrième mois, au huitième, il peut dépasser la normale (130 à 140 %). Il tombe brusquement à l'accouchement ; vingt-quatre heures après, il est à 35 % et ne se retrouve à la normale qu'au neuvième jour. En ces derniers temps on a pourtant vu des carences chez la femme enceinte ; dans 35 % des grossesses on trouve un taux qui peut tomber à 25 % (Portes et Varangot). C'est sans doute aux restrictions alimentaires qu'est dû ce déficit en prothrombine.

A la naissance, le nouveau-né a un taux faible qui continue de s'abaisser jusqu'à la 72e heure, où se place le minimum (29 % ; 14 % ou moins encore. Brinkhaus, Smith et Warner). La richesse en K évolue parallèlement, rien n'en fournissant encore à l'enfant. Ce sont les enfants des mères carencées qui sont naturellement les plus dépourvus. La prothrombine remonte, à partir de ce minimum, mais n'est normale qu'au onzième jour.

Les autres déficits en prothrombine sont, à en croire les effets du traitement, sans doute des carences K, — carences d'absorption — surface intestinale insuffisante (colectomies), pouvoir absorbant diminué (colites, sprue), défaut d'émulsion des graisses par acholie (lésions hépatiques et biliaires) ; carences d'utilisation, le foie lésé ne fabriquant plus de prothrombine, même en présence de la vitamine nécessaire (hépatites, troubles hépatiques des infections graves).

Quelle que soit la cause, le taux de 20 % (temps = 80 secondes) est la limite critique au-dessous de laquelle surviennent les hémorragies (Plum, Brinkhaus, Warner). C'est dans la période dangereuse du déficit physiologique et naturellement chez les enfants de mères carencées, que l'on voit le plus souvent les accidents graves : *melœna neonatorum*, hémorragies sous-cutanées et intracrâniennes, hémorragies du cordon, ictère, anémie, anasarque du nouveau-né.

Chez le nourrisson plus âgé on a trouvé le déficit en prothrombine dans les hémorragies méningées récidivantes et aussi dans les états hépatiques : ictères graves, hépato-néphrites, cirrhoses avec ou sans ictère, et dans les infections graves : syphilis congénitale, diphtérie maligne, oto-mastoïdites (Rossier).

Chez l'adulte les affections hépatiques sont au premier plan : ictères chroniques par rétention, hépatites et cirrhoses avec hémorragies, insuffisance hépatique, cholécystites et angiocholécystites. Les lésions graves du tube digestif (sprue, colectomies), certaines infections : spirochétose (Marquezy et G. Richet), leptospiroses (N. Fiessinger) s'accompagnent aussi d'une chute de la prothrombine.

Son taux s'abaisse aussi après des interventions portant sur le foie ou les voies biliaires (Mallet-Guy) dans la période où les hémorragies se produisent.

Dans tous les cas où l'on a prescrit la vitamine K, la transformation clinique et le relèvement de la prothrombine ont prouvé la rapidité d'absorption et d'action du médicament. De même, le plus souvent, pendant la grossesse. Ces faits cliniques sont donc des indications au traitement vitaminique et le dosage de la prothrombine rend manifeste un danger latent. La rapidité du médicament lui permet d'agir avant l'éclosion d'accidents graves.

Le nouveau-né étant, dès ses premiers jours, au plus près du taux dangereux, peut être défendu par une prophylaxie *in utero*. Celle-ci est pourtant quelquefois infidèle, même avec une mère non carencée ; il sera donc prudent de continuer à traiter le nouveau-né.

La femme enceinte recevra donc de la vitamine K, en période normale s'il y a défaut de prothrombine, en période de restriction de façon systématique. La traversée du placenta est en général très rapide (Plum et Larsen, Portes et Varangot). Si on le peut, on commencera le traitement au sixième mois (trois doses mensuelles de 2 milligr.) ; le dernier mois on donnera 1 ou 2 milligr. par jour. Portes et Varangot ont même pu donner *per os* 10 milligr. au début du travail. Le résultat est bon si l'expulsion du fœtus ne se produit que de cinq à dix-huit heures après.

Après la naissance on continuera de traiter l'enfant pendant ses dix ou douze premiers jours.

Chez les très jeunes enfants, très sujets à hémorragies, même pour les opérations les plus bénignes, l'usage de vitamine K dans les jours qui précèdent l'opération et les dix jours qui suivent, sera prudence lorsqu'il aura fallu se résoudre à une intervention.

De même chez le nourisson toutes les fois qu'auront eu lieu des accidents sujets à rechute (hémorragies méningées).

Chez l'*adulte* on fera du traitement préventif s'il s'est produit des hémorragies auparavant ou si le dosage de prothrombine est inquiétant = 25 % de prothrombine indique traitement.

C'est aux *opérés* que la méhode rend les plus grands services. Avant l'opération, si le temps de prothrombine dépasse cinquante secondes, même sans hémorragie, on donnera K pendant trois à cinq jours avant intervention. Posologie plus forte et transfusion si antécédents hémorragiques. Traitement postopératoire de dix jours à prolonger si le taux demeure faible.

Pour ce traitement, aisément supporté, on dispose actuellement de produits de synhèse aussi fidèles et aussi puissants que les extractifs, *hydrosolubles et liposolubles* et relativement peu irritants. Ils permettent parfois de se passer d'adjuvants.

En principe, cependant, le traitement comporte l'association : chez le nouveau-né de transfusion de sang frais (20 à 40 cmc) ; chez l'adulte les sels biliaires (1 à 4 gr.).

La vitamine synthétique est habituellement dosée à un milligramme pour dix gouttes de solution huileuse (1).

Le nouveau-né recevra de 3 à 10 gouttes par jour dans du jus d'orange pendant dix jours ; on a parfois donné plus (5 à 10 milligr. de vitamine extractive d'origine animale K 2) *per os* ou intramusculaire pendant dix jours (Heintze) ; 10 milligr. *hydrosoluble* intra-veineux, le nouveau-né étant plus près de la carence que l'adulte.

Mêmes doses aux nourrissons plus âgés.

A la femme enceinte, Portes et Varangot donnent *per os* 10 milligr. de solution huileuse au début du travail. D'autres pendant une semaine 1 milligr. par jour en deux fois (délai minimum d'efficacité = trente heures après ingestion). D'autres, enfin, agissent à longue échéance, 6 milligr. pendant les septième et huitième mois et 1 ou 2 milligr. de K2 par jour pendant le neuvième.

(1) Environ 1.500 unités Dans au milligramme.

Pour l'adulte les doses varient avec les auteurs et les produits : 10 à 20 milligr. par jour *per os* pendant deux à cinq jours pour les uns ; moitié moins pour d'autres.

On devra, en réalité, se guider d'après le taux de prothrombine que l'on mesurera tous les deux jours ou chaque jour s'il le faut.

M. Fiessinger a signalé l'action anti-coagulante de doses excessives (30 milligr.)).

Le traitement par la vitamine K, guidé par la mesure de la prothrombine semble pouvoir, dès à présent, rendre les plus grands services pour prévenir les accidents graves qui, jusqu'ici, dépassaient trop souvent les moyens médicaux.

R. Levent.

BIBLIOGRAPHIE

Entre autres références : Morhardt, (*Presse médicale* 1941) : Cheymol (*Revue scientifique* 1942) ;
F. Morel (*Gaz. Hôp.* 1941, *n*os 89-90 *et* 91-92).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 18 avril 1944

Nécrologie. — Décès de M. Surmont (de Lille), Correspondant national.

Rapport sur des autorisations de sérums et vaccins. — M. Brocq-Rousseu.

Relations entre les fibro-adénomes mammaires spontanés et l'état endocrinien chez le rat. — MM. G. Roussy, M. et J. Guérin mettent en évidence une dysendocrinie avec altérations prolifératives de l'hypophyse et d'autres glandes endocrines dans une proportion élevée (près de 40 %) de rats porteurs d'adéno-fibromes mammaires. Il est possible que cette dysendocrinie représente l'une des causes déterminantes de ces tumeurs mammaires bénignes. Ils démontrent aussi l'existence d'une relation entre le type architectural de la tumeur et l'état endocrinien, par la fréquence des adénomes secrétant mammaires associés à des adénomes hypophysaires.

Diencéphale et Psychique. — M. Lhermitte. — Le système organo-végétatif distribué dans le tronc cérébral possède, à n'en pas douter, une action sur la vie psychique, et le point le plus sensible de ce système répond au diencéphale médian, c'est-à-dire au plancher du IIIe ventricule. Les syndromes que peuvent entraîner les désorganisations de cet appareil sont de plusieurs ordres. Selon l'auteur, les manifestations psychiques les plus saisissantes et les plus fréquemment observées tiennent dans la confusion amnésique hallucinatoire et fabulante, laquelle présente beaucoup de traits commune avec la psychose de Korsaoff. En second lieu peuvent se manifester des modifications du caractère et de la personnalité morale, enfin des syndromes dysthymiques maniaco-mélancoliques. Il convient d'ajouter que le syndrome onirique confusionnel apparaît parfois morcelé et réduit à son élément hallucinatoire visuel. Ces hallucinoses dites pédonculaires sont liées à des altérations qui portent sur la partie caudale du diencéphale médian et son prolongement postérieur. Ainsi donc, l'activité diencéphalique règle, dans une certaine mesure, les fonctions psychiques les plus élevées, mais il faut se garder de penser que, seules, les altérations diencéphaliques modifient les fonctions de conscience, celles qui portent sur le système végétatif du mésencéphale et du rhombencéphale peuvent, elles aussi, entraîner un dérèglement de l'activié consciente, quoique d'un autre type. Le premier répond à une perturbation de la fonction hypnique, le second correspond à un bouleversement de l'affectivité et à une exacerbation des processus émotionnels.

Discussion : M. Roussy. Parmi les éléments susceptibles d'agir sur le psychisme, il convient de faire place à l'élément endocrinien.

Sulfamidothérapie et sulfamidorésistances. — M. A. Jaubert. — La fréquence croissante des cas de résistances aux sulfamides, fait indéniable, paraît due pour une large part à l'accoutumance du germe microbien. On peut y parer en employant les sulfamides aussi précocement que possible, en choisissant le produit le plus actif contre le germe en cause. Pour obtenir l'indispensable concentration sanguine maxima, on emploiera la posologie la plus forte qu'on pourra faire tolérer et choisir la voie d'administration la plus propre à assurer un contact étroit entre germe et médicament. Le traitement sera court ; faute d'effet rapide on devra changer un sulfamide pour un autre ou abandonner la méthode. Tous les adjuvants non incompatibles (sérums, vaccins) devront être associés au traitement.

Discussion : M. Milian. Certains accidents sont plus imputables à l'affection en cause ou à une maladie associée qu'aux sulfamides. Parmi les adjuvants au traitement de la blennorragie, le santal, trop oublié, a montré une remarquable intensité contre la maladie et contre l'intolérance aux sulfamides.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1944

Sur le traitement iodo-sulfamidé dans les affections à staphylo-cocciques. — M. Legroux insiste sur la nécessité de donner des quantités suffisantes d'iode et de sulfamide.

Indications opératoires des grands traumatismes de la moelle épinière. — M. Lhermitte après avoir précisé les lésions anatomiques de la moelle épinière montre que le seul critère pour différencier les sections-anatomiques et les syndromes de section est fourni par les troubles de la sensibilité. L'auteur précise les indications de la laminectomie suivant les éventualités en présence desquelles on peut se trouver.

Hernies diaphragmatiques congénitales. — M. Santy.

Les lendemains douloureux des opérations pour appendicites aiguës. — M. Chavannaz.

Les blessures par duralumin. — M. Chavannaz. montre que ces plaies revêtent une gravité spéciale avec un état inflammatoire important.

Hydronéphrose infectée géante méconnue, exclue, guérie par néphrectomie. — M. Bartet. Rapport de M. Couvelaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

séance du 17 mars 1994.

La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne. — M. Mollaret propose l'isolement d'une entité nouvelle ayant une triple individualité : clinique, humorale et évolutive. L'étiquette proposée ne vise qu'à synthétiser les traits majeurs de cette nouvelle maladie.

Encéphalite morbilleuse psychosique avec hypersialorrhée, chez un homme de 27 ans. — M. Christiaens au cours d'une épidémie rurale dans le Nord, plusieurs formes nerveuses furent reconnues. Dans un cas la sialorrhée fut énorme, 10 litres en 30 heures. Guérison par sérum de convalescent et abcès de fixation.

Fièvre quarte ancienne méconnue et latente extériorisée à l'occasion d'un pneumothorax thérapeutique. — MM. Even et Brumpt. — Dans ce cas de paludisme à plasmodium malariae, les auteurs concluent à une rechute tardive après treize ans de latente d'un paludisme de l'enfance inaperçu.

Un cas d'érythrémie traité par ankylostomose provoquée. — MM. Laederich, Brumpt, Teyssier et Gosset.

Réactions péricardique et pleurales puriformes aseptiques après injections de propidon. — MM. Perrault, Bouvier et Léger. — Chez jeune fille de 17 ans, traitée pour un furoncle de l'aile du nez par injections de propidon, survint un état septicémique qui guérit par sulfamidothérapie.

séance du 24 mars 1944.

Méningite pneumococcique à forme comateuse rapidement guérie par la sulfamidothérapie. — MM. Nicaud, Lafitte, Buhot. — Cas de méningite pneumococcique chez un malade porteur d'une fistule méningée ayant présenté un coma profond précédé de crises comitiales. Dès le début, il reçut 7 grammes de soludagénon intramusculaire, et le traitement fut continué per os. Guérison complète.

Rôle du sympathique adventiciel dans la genèse des endartérites. — M. Laplane. — D'après l'auteur, le sympathique artériel n'intervient pas seulement dans la dynamique circulatoire : il règle l'équilibre trophique de l'endothélium, ce qui explique certains aspects de la pathologie artérielle chez l'homme.

Néphrite aiguë mortelle après application externe de bichromate de potasse. — M. Mouquin a observé chez un jeune homme, après cette application, une oligurie croissante, une albuminurie massive et une azotémie marquée, et la mort.

Réticulose à forme spléno-ganglionnaire. — M. Mouquin. — Malade ayant présenté un syndrome de Mikulicz, puis les signes de la maladie de Hodgkin, qui furent très améliorés par la radiothérapie splénique associée aux transfusions.

Agranulocytose à rechute au cours du traitement arsénobismuthique. — MM. Derot, Lafourcade, Mme Boreau-Monchal. — Malade de vingt et un ans ayant présenté après la deuxième injection un accès de fièvre avec angine pseudo-membraneuse. Guérison grâce au traitement par les nucléotides pentosiques.

Hémoglobinurie novarsénobenzolique. — MM. Derot, Tanret, Mme Boreau-Monchal. — Symptôme observé à la suite de la troisième injection de 914 chez un malade atteint de réinfection syphilitique.

Recherches humorales sur un cas d'hémoglobinurie novarsénobenzolique. — MM. Derot et Tanret. — Une dilution de sérum physiologique de 914 est sans action sur les globules, mais la même quantité de novar dissoute dans le sérum du malade confère des propriétés hémolytiques.

Rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte associé à une tumeur médiastinale, vraisemblablement un neurinome. — MM. Nicaud et Laffitte. — Tumeur médiastinale à gauche de l'aorte, ne pouvant être considérée comme une ectésie. Il s'agit sans doute d'un neurinome intrathoracique, ne permettant pas de penser à une maladie de Recklinghausen.

Leucémie myéloïde sans splénomégalie. — MM. Coumel, Willemin, Gamelin et Pages. — Les auteurs insistent sur la rapidité de l'évolution de cette forme terminée en quatorze mois par leucémie aiguë myéloblastique.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 21 MARS 1944.

Observation de côte cervicale. — MM. Leveuf, M. Lamy et Mlle Jammet présentent un enfant atteint d'une côte cervicale confirmée par la radiographie et qui se traduisait depuis deux mois par des crises douloureuses paroxystiques dans le bras droit, accompagnées d'œdème de la main, de cyanose et de diminution du pouls et des oscillations artérielles.

Tous ces troubles ont disparu à la suite d'une section du scalène antérieur sans aucune intervention sur la côte.

Les auteurs concluent à l'existence d'une malformation complexe du cou se traduisant à la fois par la côte cervicale et par le syndrome musculaire du scalène.

Cas actuels familiaux de botulisme. — M. Rouèche signale trois cas mortels de botulisme familial. Il en indique la fréquence actuelle et la nécessité de l'ébullition et de la cuisson des conserves familiales et du jambon cru.

Un cas de dolichosthénomélie. — M. Lamy, Mlle Jammet, MM. Blanchard et Collin présentent un garçon de sept ans et demi atteint de dolichosthénomélie typique avec cyphose, luxation des cristallins, hyperlaxité articulaire, arriération psychique et malformation cardiaque. Il s'y ajoute deux symptômes insolites, l'élévation anormale de la taille et l'absence de pannicule adipeux.

Dolichosthénie chez un garçon de deux ans. — MM. R. Clément, Pestel et Truchard présentent ce cas typique qui ne s'accompagne ni de malformation cardiaque ni d'ectopie des cristallins. Ils signalent l'existence de luides cutanées qui maintiennent en demi-flexion les index et les gros orteils, dont l'extension est absolument impossible.

Des heureux résultats de la sulfamidothérapie des otites. — M. Bourgeois a constaté la diminution considérable du nombre des mastoïdites depuis qu'il pratique la sulfamidothérapie, alors que le chiffre des otites reste constant. Il fait usage du sulfathiazol à fortes doses — 0 gr. 30 par kilog. de poids corporel pendant quatre jours dans tous les cas d'otites qui s'aggravent vers le quatrième jour ou qui traînent et ne continuent pas la médication si les résultats ne sont pas immédiatement favorables. Il n'a vu à la suite de cette technique aucune des complications de mastoïdite latente signalées par d'autres auteurs.

Angine diphtérique avec rechute au trentième jour. — M. Pierre Barbé présente l'observation d'une jeune fille atteinte de diphtérie grave traitée par la sérothérapie massive (90.000 unités) associée à des injections d'anatoxine et qui présenta au trentième jour une rechute avec adenopathies et paralysie du voile ayant nécessité de nouvelles injections de sérum, après quoi la malade a parfaitement guéri. Il insiste sur la rareté de pareils faits et discute leur interprétation.

A propos de la réduction de la ration de lait des enfants. — M. Lesné.

Discussion sur la vaccination antidiphtérique. — (Voir *Gaz. Hôp.* n° 8, 15 avril 1944 p. 122.)

ANALYSES

Indications et résultats de l'alcoolisation sous-arachnoïdienne des racines rachidiennes, par le Dr A.-M. Dogliotti, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 8 mai 1943.

Le traitement est basé sur l'action locale de l'alcool qui, grâce à sa densité, différente de celle du liquide rachidien, ne se mélange avec lui que peu à peu lorsque l'injection est lentement poussée ; le siège de l'injection et l'attitude donnée au patient permettent de localiser dans une certaine mesure l'action de l'alcool.

C'est une thérapeutique uniquement symptomatique qui est à écarter lorsqu'il existe une autre méthode efficace.

C'est dans les sciatiques récidivantes « rhumatismales » que les résultats sont les meilleurs : 90 % au moins de succès entiers ou très appréciables. Dans les névralgies intercostales primitives où secondaires, dans le zona et l'arthrite vertébrale on a encore 25 % de succès ; bons résultats aussi dans les névralgies superficielles du tronc de cause occulte (dans la mesure d'un choix judicieux du lieu d'injection) ; neuromes des amputés ; douleurs dues à une néoplasie primaire, secondaire ou métastatique (50 % de succès environ). Dans les douleurs viscérales le succès est d'autant plus aléatoire que la zone à traiter est moins bien déterminée ; dans les douleurs tabétiques surtout circonscrites, en liaison avec d'autres traitements. Dans les spasmes et hypertonies les résultats sont problématiques et partiels. R.-L.

L'électro-encéphalogramme dans les traumatismes craniaux cérébraux. Sa valeur diagnostique, pronostique et médico-légale. P. Puech, A. Lerique-Kœchlin et J. Lerique. *Revue de neurologie. T.* nos 7, 8 juillet 1943.

En se basant sur l'étude de 127 cas de traumatismes cérébraux anciens ou récents, les auteurs montrent que l'E. E. G. apparaît comme le complément des autres examens cliniques permettant de préciser les indications thérapeutiques et à porter un pronostic plus exact. Les modifications de tracés disparaissent vite dans les cas favorables, persistent au cas contraire en cas de lésion incurable. P. L.

La résection pour tumeur blanche de l'épaule, par M. André Richard, *Revue d'Orthopédie*, T. 29, nos 3-4, mai-août 1943, pp. 108-113, 5 fig.

Si la tumeur blanche de l'épaule se termine par une ankylose, le résultat fonctionnel est très différent chez l'enfant et l'adulte. Chez l'enfant, si le bras a été correctement immobilisé en position de fonction (abduction à plus de 50° et projection en avant) des suppléances considérables se font par la mobilisation de l'omoplate et le résultat fonctionnel peut être très bon.

Chez l'adulte les mêmes suppléances ne se font pas et il en résulte une impotence considérable. Aussi Richard, s'appuyant sur une cinquantaine d'observations, se montre-t-il, chez l'adulte, partisan résolu de la résection. Mais pour en obtenir un bon résultat fonctionnel, il est indispensable de remplir certaines conditions. Il faut opérer le plus tôt possible, après la fin de la période évolutive, avant l'atrophie du deltoïde. L'opération se fait en entier par l'incision interdelto-pectorale, en respectant entièrement le deltoïde.

Il faut faire une résection large, au moins au niveau du col anatomique ; les muscles des tubérosités sont détachés à la rugine d'Ollier. Pas d'appareil autre qu'un gros tampon axillaire, mobilisation à partir de la troisième semaine.

L'auteur montre par des exemples personnels ou ceux des opérés d'Ollier retrouvés 30 à 40 ans après les excellents résultats fonctionnels que peut donner cette intervention. P. L.

L'ablation des amygdales, par le Dr J. Rozavolgyi, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 16 janvier 1943.

L'auteur s'élève contre les excès de la tonsillectomie qui, en certains pays, l'Amérique notamment, ne se comptent plus depuis que les infections focales, amygdaliennes en particulier, ont été rendues responsables des affections les plus diverses. Praticiens, malades et familles rivalisent d'interventionnisme exagéré.

La tonsillectomie ne doit être pratiquée que selon des indications bien précises. Si rares que soient les complications, elles peuvent survenir, surtout après une opération intempestive : hémorragies secondaires, par infection le plus souvent ; septicémie post-opératoire parfois mortelle ne sont pas des mythes. Toute ablation pendant l'évolution d'un processus infectieux au voisinage est une opération dangereuse.

Les suites éloignées, en particulier chez l'enfant, comportent la prédisposition non douteuse à nombre d'affections microbiennes, des voies respiratoires en particulier, du fait de la brèche opératoirement pratiquée dans les défenses naturelles de l'organisme. R. L.

Le liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite antérieure aiguë. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et J. Gay (*Soc. sc. méd. Montpellier*, 4 février 1944).

Les auteurs citent les conclusions suivantes de l'étude de 31 cas. Le schéma de Rohmer et Meyer, dérivant quatre phases successives du trouble liquidien (réaction cellulaire initiale, phase négative, hyperalbuminose, rétrocession avant la sixième semaine) peut être accepté comme une notion générale, mais il comporte en fait d'assez nombreuses anomalies : forte albuminose précoce, reprise secondaire de l'hypercytose, surtout longue durée (2, 3 mois et plus) de l'hyperalbuminose.

Myélome diffus avec hyperprotidémie et albuminurie thermo-soluble. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts et H. Latour (*Soc. sc. méd. Montpellier*, 4 février 1944).

Les auteurs soulignent d'abord dans cette observation de myélome de type plasmocytaire, les caractères cytologiques des plasmocytes : leur étude montre que les plasmocytes des myélomes sont des éléments néoplasiques qui ne sont pas de vrais plasmocytes. Les autres points caractéristiques sont la diffusion extrême des lésions, l'hyperprotidémie et l'albuminurie thermo-soluble. Cette description leur permet d'opposer à nouveau les myélomes à localisation osseuse unique ou presque unique, sans albuminurie thermo-soluble ni hyperprotidémie mais avec métastases viscérales multiples (type qu'ils ont décrit antérieurement), aux myélomes diffus sans métastases viscérales, mais avec albuminurie thermo-soluble et hyperprotidémie.

La signification de la pression sternale. — MM. G. Giraud et T. Desmonts (*Soc. sc. méd. Montpellier*, 4 février 1944).

Les auteurs opposent la pression sternale du type veineux, avec ses oscillations respiratoires et sa valeur constante, à la pression de type artérialisé. La pression sternale veineuse est augmentée au cours des compressions médiastinales et, à un degré moindre, dans l'asystolie ; l'amplitude des oscillations est très augmentée dans les cirrhoses ; la pression est diminuée au cours des syndromes de carence. Au cours des transfusions de sang par voie sternale, la pression ne commence à s'élever que quand la quantité de sang injecté dépasse 200 centimètres cubes. La pression de type artériel se voit au cours de certaines hémopathies et de la maladie de Basedow : elle se manifeste lorsque des ruptures directes capillaires viennent modifier le niveau tensionnel des lacs veineux.

Le traitement des thromboses cérébrales par les injections intra-veineuses et intracarotidiennes de novocaïne. — MM. P. Rimbaud et D. Brunel (*Soc. sc. méd. Montpellier*, 4 février 1944).

En se basant sur les heureux résultats des injections intra-fémorales dans le traitement des artérites des membres inférieurs, les auteurs ont utilisé la novocaïne à un pour cent soit par voie intracarotidienne (1 à 3 centicubes) soit par voie intraveineuse (15 centicubes), dans cinq cas d'ictus apoplectique avec hémiplégie. Ils estiment cette technique supérieure à celle des injections d'acétylcholine, substance devenue très rare de nos jours.

Bloc vertébral lombaire. — MM. R. Trial, J. Meunier et P. Lougnon (*Soc. sc. méd. Montpellier*, 4 février 1944).

Les auteurs rapportent l'observation d'un Sénégalais présentant une synostose des corps de la quatrième et de la cinquième vertèbres lom-

baires qui sont fusionnés en un bloc parfaitement homogène. Le contour antérieur de ce bloc décrit une courbe unique régulièrement concave sans aucun accident signalant le point de jonction, ce qui permet d'admettre qu'il s'agit d'un trouble du développement vraisemblablement congénital, et non pas d'un bloc cicatriciel pottique ou post-traumatique. Cette anomalie, fréquente à la colonne cervicale (syndrome de Klippel-Feil), est exceptionnelle à la colonne lombaire.

Traitement, en captivité, des plaies traînantes par des plaques d'aluminium. Médecin capitaine André-M. Renard. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 mars 1944, p. 73.

L'auteur a eu l'idée d'essayer ce mode de traitement à la suite de la lecture d'un travail de M. Brette, chirurgien des hôpitaux de la Marine, sur le traitement des plaies traînantes par des plaques d'aluminium pur. On n'a pas oublié que ce travail, communiqué à l'Académie de Chirurgie, fut rapporté par M. Ménégaux le 20 octobre 1941. La *Presse Médicale*, en octobre 1942, publia le travail de M. Brette. Plus récemment enfin, M. G. Pascalis a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (1943, p. 119) les résultats très favorables qu'il a obtenus par l'emploi des plaques d'aluminium pur ou d'argent.

Le grand mérite de M. Renard est d'avoir eu l'idée, seul médecin français dans un Oflag, d'appliquer la méthode aux plaies atones ; d'avoir déployé une ingéniosité remarquable pour trier dans les vieilles boîtes de conserves les plaques d'aluminium nécessaires, de les avoir façonnées lui-même, enfin d'avoir su faire accepter le traitement par ses malades. Ajoutons que son très intéressant travail a été écrit sur ses genoux, dans son lit de contagieux à l'hôpital de Freising (Bavière) et rendons hommage à la belle énergie de notre confrère.

M. Renard découpait dans les boîtes dont l'aspect lui paraissait le plus « aluminium » possible des plaques rectangulaires de 5 cm. sur 4. Il les faisait bouillir dix minutes, coupait les angles, bordait le tour tranchant de la plaque avec du leucoplast pour éviter de blesser la peau saine.

Son premier client, un capitaine, présentait une plaie atone du dessus du pied, plaie causée par le port de sabots.

M. Renard appliqua sur la plaie une plaque, il la fixa avec du leucoplast et recouvrit d'un pansement occlusif avec du coton de cellulose. Le pansement fut laissé en place pendant cinq jours. Disparition de la douleur dès le premier jour. Le sixième jour, ouverture du pansement. La plaie était en pleine voie de cicatrisation.

L'auteur rapporte encore un certain nombre de cas qu'il a pu traiter ainsi dans différents stalags. Chaque fois il a pu constater que la plaque d'aluminium pur rend la plaie absolument indolore. Comment agit le métal au contact de la plaie ? Action chimique ? peut-être, action protectrice certaine.

Ce travail d'un médecin prisonnier est intéressant à plus d'un titre. Il a, dans les circonstances actuelles, une haute signification qu'il n'est pas nécessaire de souligner.

L. S.

Monographie des médicaments français.

(Extrait du Supplément des Fiches Médicales. — Janvier 1944.)

Les bonnes préparations de vitamines sont aujourd'hui plus nécessaires que jamais.

Les Dragées de Vitamyl irradié, d'un goût très agréable, réalisent un complexe vitaminique d'une efficacité remarquable grâce aux soins pris dans la préparation pour assurer aux vitamines hydro et liposolubles des enrobages différents et leur garder ainsi toute leur action.

Elles apportent les vitamines B1 et B2 de 10 cgrs de levure de bière desséchée à basse température, de la vitamine A (500 u. int.), de la vitamine D antirachitique (1.000 u. int.) et du phosphate tricalcique pour donner à l'organisme l'apport de phosphore et de calcium qu'utilisera la vitamine D.

Cette médication qui existe encore sous la forme d'ampoules buvables de Vitamyl irradié et de Vitamyl irradié chlorophyllé, est particulièrement indiquée en cette période de sous-alimentation pour prévenir ou guérir les troubles de carence.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ARTICLE DE M. MAX FOURESTIER :
" Doit-on rendre la cuti-réaction à la tuberculine obligatoire à l'âge scolaire ? "

Dans le numéro du 15 mars 1944 de la *Gazette des Hôpitaux* a paru, sous ma signature, un article intitulé : « Doit-on rendre la cuti-réaction à la tuberculine obligatoire à l'âge scolaire ? » dans lequel je me suis efforcé de montrer qu'aucun argument ne pouvait être valable contre l'obligation de la cuti-réaction à la tuberculine systématiquement pratiquée et répétée tous les six mois à l'âge scolaire. Je citais comme pouvant être retenues contre cette notion d'obligation des tests cutanés tuberculiniques, certaines observations où justement ces tests cutanés tuberculiniques avaient pu réactiver et aggraver des lésions tuberculeuses. Je rappelais trois observations de tuberculose cutanée ainsi réactivée et aggravée rapportées par M. P. Renault dans une communication à la Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux Libres (mai 1938), et j'écrivais que M. Rist avait signalé des observations similaires. M. Rist m'écrit pour me préciser qu'il n'a jamais observé et à plus forte raison publiée un cas de tuberculose aggravée ou réactivée par la cuti-réaction ou l'intra-dermo-réaction à la tuberculine.

Sur la foi d'une référence bibliographique incomplète, j'avais cité M. Rist qui, en 1922, dans la « Revue de la tuberculose », dans un travail intitulé « Les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose. Leur interprétation pathogénique, leurs réactions à la tuberculine », rapportait une observation d'une irido-cyclite de diagnostic incertain et dont la certitude étiologique (la tuberculose) avait été acquise par la réaction focale obtenue après une injection sous-cutanée de 1/10e de milligramme, puis de 1/5e de milligramme de tuberculine. Mais, quelques jours après ces injections sous-cutanées de tuberculine pratiquées à titre diagnostique, était apparue une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, réactivation certaine d'un foyer tuberculeux pleuro-pulmonaire inapparent cliniquement, sinon radiologiquement.

Cette réactivation d'une tuberculose pleuro-pulmonaire après injection sous-cutanée d'une dose minime de tuberculine représente donc une réaction focale au niveau de lésions pulmonaires tuberculeuses, réaction focale dangereuse et reconnue telle depuis longtemps et à l'appoint diagnostique de laquelle on a renoncé d'une façon générale. Mais cette observation malheureuse (réaction focale après injection sous-cutanée de tuberculine), ne peut être considérée comme un accident des tests cutanés tuberculiniques classiques, cuti- et intradermo-réaction, après lesquels M. Rist n'a jamais observé le moindre incident évolutif digne d'être rapporté et qui pourrait servir d'argument à ceux des médecins qui s'opposent à leur généralisation chez l'enfant et l'adulte jeune.

Des réactions focales graves sont donc possibles après injection sous-cutanée de tuberculine, même à dose très faible, comme dans l'observation de M. Rist; elles sont exceptionnelles après intra-dermo-réaction et cuti, et pour sa part, M. Rist, dans sa longue carrière de phtisiologue éminent, ne les a jamais observées. Je tenais à rectifier ce petit point bibliographique erroné de mon travail. Je remercie M. Rist de l'intérêt qu'il a bien voulu reconnaître à mon article de la « Gazette des Hôpitaux » et de l'appui qu'indirectement sa haute autorité offre à la thèse de l'obligation de la cuti-réaction à l'âge scolaire, puisqu'il affirme que la crainte d'une aggravation d'une tuberculose par les tests tuberculiniques classiques (jamais observée par lui) ne doit pas faire échec à leur généralisation.

Max Fourestier.

INFORMATIONS

(Suite de la page 130.)

Nécrologie.

Le Docteur Abbé N. SEGAUX

Le 4 mars dernier, une foule recueillie se pressait à N.-D. de Lorette, pour le service anniversaire de la mort de notre confrère le Dr Abbé N. Ségaux, Vicaire honoraire de cette église, et je voudrais, à cette occasion, consacrer quelques lignes à la mémoire de cet homme de bien, qui fut un prêtre excellent et un excellent médecin praticien. Docteur en Théologie et en Droit Canon, licencié en Philosophie, l'Abbé Nicolas Ségaux eut à 45 ans le désir d'étudier la Médecine et, muni de l'autorisation de ses supérieurs, il mit courageusement son projet à exécution. Externe des hôpitaux, il fut l'élève du Professeur De Lapersonne, se voua à l'ophtalmologie, et s'installa rue des Martyrs, tout près de l'église N.-D.-de-Lorette où il continuait à être vicaire. Sur ses feuilles d'ordonnance il inscrivit comme devise cette parole du psalmiste : *Custodi nos, Domine, ut pupillam oculi* : admirablement adaptée à son double caractère.

Notre éminent confrère, le Dr Bourdin, dont il fut longtemps l'assistant, lui a consacré un magnifique éloge, mais j'aimerais, quant à moi, rendre hommage ici à cet homme de cœur. Ami de tous, conseiller et consolateur, praticien averti et généreux, il jouissait d'une popularité de bon aloi faite d'affection et de respect.

Il m'honorait de son amitié et nous avons eu souvent de longues conversations dans lesquelles, grâce à sa largeur de vues, le prêtre fidèle et convaincu qu'il était et le vieux protestant que je suis trouvions rapidement un terrain où se rejoignaient nos convictions essentielles et nos communes espérances.

Le Dr Abbé Ségaux est mort à près de quatre-vingts ans, en pleine lucidité et avec cette admirable sérénité de l'homme de Foi, si fréquente aussi chez les Médecins, nous avons bien le droit de le dire à l'honneur de notre Corporation.

Dr A. Gaullieur-L'Hardy.

On annonce la mort de :

M. le Dr Paul Albert (à Paris).

Académie de Médecine. — Prix proposés pour l'année 1945. (Les concours seront clos fin février 1945.)

Prix de l'Académie. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question à poser : *L'électrochoc.*

Prix du Prince Albert Ier de Monaco. — *Partage interdit.* — 100.000 francs. — Travail dont l'Académie désignera elle-même la nature.

Prix Alvarenga de Piauhy. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.200 francs

Prix Apostoli. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.000 francs.

Prix Argut. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 800 francs.

Prix du baron Barbier. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.500 francs.

Prix Laure-François Barthélemy. — *Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Louis Boggio. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 4.800 francs.

Prix Bouchet-Renault. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 5.000 francs.

Prix Mathieu-Bourceret. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.200 francs.

Prix Henri Buignet. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.600 francs.

Prix du Dr Burgkly. — *Anonymat facultatif.* — 900 francs.

Prix Elise Cailleret. — *Partage interdit.* — 500 francs.

Prix Capuron. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.000 francs. — Question à poser : *Organisation de l'hydrologie sociale.*

Prix Marie Chevallier. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 9.000 francs.

Prix Chevillon. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Civrieux. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question à poser : *Influence des émotions de guerre sur les dystonies neuro-végétatives et leurs conséquences.*

Prix Clarens. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 500 francs.

Prix Combe. — *Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Daudet. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.500 francs. — Question à poser : *Etude des leucémies expérimentales.*

Prix Demarle. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 850 francs.

Prix Desportes. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs.

Prix du Dr Dragovitch. — *Partage autorisé.* — 2.500 francs.

Prix de Mme Dragovitch. — *Partage autorisé.* — 2.000 francs.

Fondation Ferdinand Dreyfous. — *Partage interdit.* — 1.400 francs.

Prix Ferdinand Dreyfous. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 2.800 francs.

Prix Falret. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question à poser : *Emotion de guerre et état mélancolique.*

Prix Fournier. — *Partage autorisé.* — 5.000 francs.

Prix Vulfranc-Gerdy. — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux Eaux minérales.

Prix Godard. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Guérétin. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs.

Prix Guillaumet. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 1.500 francs.

Prix Catherine Hadot. — *Partage autorisé.* — 3.600 francs.

Prix du Dr François-Helme. — *Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Herpin (de Genève). — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Henri Huchard. — *Anonymat interdit. — Partage autorisé.* — 8.000 francs.

Prix Itard. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 2.400 francs.

Prix Jacquemier. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 2.500 francs .

Prix Jansen. — Dix parts de 10.000 francs.

Prix Laborie. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 8.000 francs.

Prix du baron Larrey. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 660 francs.

Fondation Laval. — *Partage interdit.* — 1.200 francs.

Prix Le Piez. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.000 francs.

Prix Leveau. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 3.000 francs.

Prix Clotilde Liard. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 5.000 francs.

Prix Henri Lorquet. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 400 francs.

Prix Louis. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 4.500 francs. — Question à poser : *La médication antihistaminique.*

Prix Magnan. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.500 francs. — Question à poser : *Suite lointaine des émotions de guerre.*

Prix de Martignoni. — *Partage autorisé.* — 3.000 francs.

Prix A.-J. Martin. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.200 francs. — Question à poser : *Prophylaxie de la gonococcie.*

Prix Mege. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question à poser : *Les accidents déterminés par l'électrocution.*

Prix Merville. — *Partage autorisé.* — 1.800 francs.

Prix Mesureur. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.500 francs.

Prix Meynot. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Monbinne. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs.

Prix Anna Morin. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs.

Prix Nativelle. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.100 francs.

Prix Oulmont. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (Médecine).

Prix Pannetier. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 4.000 francs.

Prix Berthe Péan. — *Partage interdit.* — 5.000 francs.

Prix Perron. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 4.000 francs.

Prix du baron Portal. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question à poser : *La circulation capillaire dans le rein pathologique.*

Prix Potain. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 2.400 francs.

Prix Pourat. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question à poser : *La glycogenèse hépathique.*

Prix Rebouleau. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.000 francs. — *Travaux sur l'asthme.*

Prix Reynal. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.500 francs.

Prix Ricaux. — *Partage autorisé.* — Deux prix de 5.000 francs.

Prix Ricord. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 800 francs.

Prix Robin. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 660 francs.

Prix Roussilhe. — *Anonymat interdit. — Partage autorisé.* — Deux prix de 10.000 francs.

Prix Marc Sée. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 1.600 francs.

Prix Tarnier. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 4.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Vernois. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 800 francs.

LIVRES NOUVEAUX

Applications chirurgicales de l'anatomie topographique, par le Professeur G. Jeanneney, de Bordeaux. Un vol. in-4° de 256 pages avec 244 planches anatomiques de S. Dupret et 105 chémas. 190 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1944.

Voici un bien remarquable atlas d'anatomie chirurgicale. Présenté sous une forme absolument nouvelle, illustré avec une grande richesse, il apporte à l'étudiant un instrument d'étude de premier ordre. Il reste aussi, pour le chirurgien qui « sait », un merveilleux livre de rappel. La multiplicité des figures consacrées à chaque région permet, en effet, de revoir les plans de couverture, la meilleure voie d'accès, les étapes à parcourir, les repères à reconnaître, l'écueil à éviter.

C'est au dessin anatomique que M. Jeanneney a eu recours pour obtenir à la fois clarté et précision. Il en a confié l'exécution à M. S. Dupret, dont le grand talent « lumineux, exact et réaliste » a créé cet atlas de lecture facile et répondant bien au but que se proposait l'auteur.

Chaque planche, il y en a 244, est accompagnée par un texte explicatif.

Le texte comprend, d'une part, avec chaque dessin, une nomenclature anatomique dans laquelle les organes principaux ont été soulignés; d'autre part, de brefs commentaires rappelant d'un mot les applications essentielles en pratique.

Des calques radiographiques, des schémas indiquant les principaux repères, viennent presque doubler le nombre déjà considérable des figures. Ainsi, le magnifique ouvrage de M. Jeanneney vient-il, très heureusement, aider à la lecture des ouvrages classiques de Farabeuf, Papin, Cadenat, Patel, Fiolle et Delmas, etc.

On doit remercier M. Jeanneney d'avoir entrepris et mené à bonne fin la rédaction de cet ouvrage d'un intérêt exceptionnel. Il fallait son énergie et sa haute maîtrise pour obtenir une si éclatante réussite.

L'éditeur, notre ami le Dr Gaston Doin, mérite, de son côté, des félicitations sincères. Il a accompli le plus difficile des tours de force et sa réalisation est bien digne de sa grande maison d'édition.

F. L. S.

Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade, par M. le professeur agrégé Pierre Delore (de Lyon). Un volume grand in-8° de 336 pages, broché. Masson et Cie éditeurs, à Paris.

« L'heure a sonné des grandes révisions », écrit M. Delore dans sa préface. A vrai dire, l'auteur n'a pas attendu cette heure pour entreprendre la réévaluation des doctrines médicales. Nous n'avons pas oublié quelques excellents volumes aujourd'hui épuisés, que M. Delore consacra en 1934 à *la famille dans la nation*, en 1936 aux *tendances de la médecine contemporaine : La médecine à la Croisée des chemins*, enfin, en 1938, à *Notre frère corps. L'ordre nouveau veut la santé.* Bien avant la nouvelle guerre mondiale, bien avant les bouleversements tragiques qui l'ont accompagnée, M. Delore avait commencé la réévaluation de nos biens scientifiques et intellectuels. Avec une continuité remarquable, il poursuit ses travaux.

Le livre qu'il nous apporte aujourd'hui est le fruit de sa longue expérience. On y trouve l'essentiel d'une doctrine humaniste que l'auteur soutient avec autant de talent que de dignité. Ce livre marque une époque et très certainement demeurera classique.

F. L. S.

Précis de technique radiologique, par A. Negre et F. Rouquet, assistants d'Electro-Radiologie de l'hôpital du Val-de-Grâce. Préface du Professeur agrégé J. Didiée. Un volume in-8 de 314 pages avec 221 figures dans le texte, 110 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris-6e.

La Technique radiologique progresse constamment, soit du fait des appareillages radiogènes, qui se perfectionnent sans cesse, soit du fait d'incidences d'examens nouvelles, soit encore à la suite de méthodes neuves, telles par exemple que la Tomographie. Il n'existait pas jusqu'à présent, dans la bibliographie médicale, de livre traitant à la fois des données de physique élémentaire permettant de comprendre le fonctionnement des appareils producteurs de rayons X, et des techniques radiologiques qui en découlent.

Le volume, de 314 pages, illustré de 221 schémas que les auteurs ont préféré aux photographies parce que plus démonstratifs, comprend donc deux parties : l'une de notions élémentaires de physique, l'autre de technique d'exploration radiologique.

La première est à dessein très succinte et a été rendu accessible à tous les niveaux de culture scientifique. Elle permet la compréhension des phénomènes électriques et le maniement des principaux types d'appareils radiogènes; elle se termine par un bref exposé, schématisé, des pannes d'appareillage les plus fréquentes.

La deuxième, après une étude des généralités sur les actions photochimiques, sur les écrans, les émulsions, le matériel de laboratoire, et après un exposé des lois qui régissent la formation des images, aborde les incidences et les techniques actuelles d'exploration radiologique du corps humain, squelette et viscères, et prétend sinon être complète, du moins envisager en détail la plupart des méthodes modernes. Elle se termine par un chapitre sur les examens radiologiques urgents, et par un chapitre sur le repérage des corps étrangers.

C'est dire que l'ouvrage se recommande aussi bien aux manipulateurs, ou élèves manipulateurs, qu'aux médecins radiologistes désireux de posséder un aide-mémoire de l'ensemble des incidences d'exploration radiologique et des méthodes nouvelles d'examen par les rayons X.

Mémento d'hygiène sportive, publié par la Commission médicale de la Fédération française de Basket-Ball, sous la direction du Dr Charles Chuche. Préface du Dr Pierre Le Gô. Un vol. in-8° de 196 pages; prix: 40 fr. Amédée Legrand et Jean Bertrand, éditeurs, 93, boulevard Saint-Germain.

Cet excellent volume, destiné à donner aux médecins les connaissances particulières indispensables à l'exercice du contrôle médical des sports, est dû à la collaboration des membres de la Commission médicale de la F. F. du Basket-Ball groupés autour du Dr Chuche. Rappelons que cette commission comprend les Drs Ph. Encausse, Pierre Mathieu, P. Rochu Méry, Ch. Desgrez, R. Heim de Balsac, J.-A. Huet et Ch. Lestocquoy.

Le livre est divisé en quatre parties: Hygiène générale du sport; Prévention des accidents sportifs; Orientation sportive. Enfin, est étudiée l'organisation administrative du contrôle médical sportif.

Conductibilité et excitabilité électriques du nerf, par André Strohl, Paris, Masson et Cie, 1942.

Etude mathématique et expérimentale du comportement du nerf et du contracteur à noyau vis-à-vis du courant électrique.

R. L.

Dépôt légal 1944 : 2e trimestre. N° 1. — Le Gérant: F. Le Sourd. 5-1994. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 2e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 10. — 15 MAI 1944 117e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de chirurgien des hôpitaux (1er concours 1944 — une place). Nomination. Classement des candidats : MM. Roux (90, Lortat-Jacob (90), Dufour (88), Huguier (87).

Epreuve supplémentaire : MM. Lortat-Jacob (19), Roux (19).

L'épreuve supplémentaire n'ayant pas départagé les 2 candidats, ceux-ci ont été classés conformément à l'article 224 du règlement général sur le Service de Santé (ancienneté de nomination à l'assistanat).

M. Roux a été nommé.

Deuxième concours 1944, une place. — Liste du jury : MM. les Drs Ménégaux, Toupet, Fèvre, Houdard, Robert Monod, Mocquot, Gouverneur, Sicard, Blondin, Basset, chirurgiens.

M. Clovis Vincent, médecin.

Concours pour les prix à décerner à MM. les internes en pharmacie. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 4 juillet 1944, à 9 heures du matin, à la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, Paris IVe.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (Bureau du service de Santé) de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), du jeudi 1er juin au mercredi 14 juin 1944 inclusivement.

Hôpitaux régionaux

Jury de l'Internat en médecine. — MM. Faroy, médecin; Martin, chirurgien; Escalier, médecin (Créteil) ; Louves, médecin (Saint-Cloud) ; Doubrère, chirurgien (Rambouillet) ; Cuvillier, chirurgien (Beaumont) ; Vaudescal, gynécol.-accouch. (Neuilly) ; Fron, O.R.L. (Neuilly) ; Pillière de Tauouârn, opht. (Saint-Denis).

Concours de l'Internat de la Région Parisienne (Année 1944)

ANATOMIE. — *Question sortie* : N° 8. — Veine jugulaire interne.

Questions restées dans l'urne. : N° 1. — Anatomie et physiologie de la glande parotide sans le canal excréteur; N° 2. — Rapports du rein droit; N° 3. — Artère utérine; N° 4. — Anatomie et physiologie de l'articulation de la hanche, sans les rapports; N° 5. — Artère poplitée; N° 6. — Anatomie et physiologie du nerf phrénique; N° 7. — Rapports de l'uretère chez la femme; N° 9. — Anatomie et physiologie du nerf cubital.

PATHOLOGIE MEDICALE. — *Question sortie* : N° 3. — Symptômes et diagnostic des anévrismes de la crosse de l'aorte.

Questions restées dans l'urne : N° 1. — Symptômes, diagnostic du cancer de la tête du pancréas; N° 2. — Diagnostic des sténoses du pylore; N° 4. — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques; N° 5. — Symptômes, évolution et diagnostic de la phlegmatia alba dolens; N° 6. — Symptômes, évolution et diagnostic de la maladie bronzée d'Addison; N° 7. — Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse; N° 8. — Symptômes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique; N° 9. — Formes cliniques de la fièvre typhoïde.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — *Question sortie* : N° 2. — Formes cliniques et traitement de l'ostéomyélite aiguë de l'adolescent.

Questions restées dans l'urne : N° 1. — Signes, diagnostic et complications des plaies pénétrantes du thorax; N° 3. — Fractures ouvertes de jambe; N° 4. — Diagnostic des métrorragies chirurgicales; N° 5. — Symptômes, diagnostic et complications des kystes de l'ovaire; N° 6. — Diagnostic des lésions viscérales dans les contusions de l'abdomen; N° 7. — Diagnostic des traumatismes de l'épaule; N° 8. — Symptômes et diagnostic étiologique des Hydarthroses du genou; N° 9. — Signes, évolution et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire.

Concours de médecins de l'Assistance à domicile (10 places). — Ce concours sera ouvert le mercredi 14 juin 1944, à 9 heures, à l'Administration Centrale (Salle du Conseil de surveillance), 3, avenue Victoria, 2e étage.

Les inscriptions seront reçues du mardi 16 mai 1944 au vendredi 26 mai 1944 inclusivement, de 15 à 17 heures (Samedis, Dimanches et Fêtes exceptés), à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (Escalier A, 2e étage).

Les candidsts absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription pas correspondance.

Pour tous renseignements concernant les conditions du Concours, s'adresser à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du service de Santé), de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hôpitaux de province

Orléans. — Un **concours d'internat** pour les hôpitaux de la Région d'Orléans aura lieu à l'Hôpital-Hospice d'Orléans, le 3 juillet 1944, à 9 heures.

Places mises au concours : trois places d'interne titulaire à l'Hôpital-Hospice d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur Régional de la Santé et de l'Assistance de l'Orléanais, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Facultés de Médecine

Concours d'agrégation en médecine (arrêté du 13 avril 1944. — J. O. du 20 avril 1944).

ARTICLE PREMIER. — A titre transitoire, les concours d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie seront subis suivant les modalités fixées par les arrêtés des 31 juillet 1934, 14 août 1935, 15 mars 1938 et 13 février 1939 modifiés, ainsi qu'il est dit à l'article ci-après.

ART. 2. — Les articles 4, 5, 10, 12, 21, 33 et 37 de l'arrêté du 31 juillet 1934, modifiés par les arrêtés des 14 août 1935, 15 mars 1938 et 13 février 1939, sont, à titre transitoire, modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 4. — Le concours est annoncé par un avis inséré au *Journal officiel* trois mois au moins avant l'ouverture des épreuves ».

« *Art.* 5. — Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies dès l'annonce du concours. Ils restent ouverts un mois ».

....

(Le reste sans changement.)

« *Art.* 10. — Les épreuves de la première série ou épreuves d'admissibilité comprennent :

« 1° (Sans changement.)

« 2° Une épreuve de titres sans exposition orale.

« L'exposé écrit sera simplement dactylographié, un exemplaire en sera distribué à chaque membre du jury par les soins de la Faculté de médecine de Paris deux jours avant l'ouverture du concours. Ces deux épreuves sont cotées de 0 à 20 ».

« *Art.* 12. — L'épreuve de la deuxième série ou épreuve d'admission est constituée : 1° pour les sections de médecine générale (option médecine générale), chirurgie générale (option chirurgie générale, urologie), ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, par une leçon clinique sur un malade dont le diagnostic est donné. Cette leçon aura une durée de 30 minutes et sera faite après 30 minutes d'examen et de réflexion ; 2° pour les autres sections et options, par une épreuve pratique suivie d'une discussion sur un sujet donné. Le jury fixera le temps et la durée de cette épreuve ».

« *Art.* 21. — Les candidats définitivement admis au concours sont nommés pour quatre ans par le secrétaire d'Etat à l'Education nationale ».

....

(Le reste sans changement.)

« *Art.* 33. — Un juge peut faire partie simultanément ou successivement de deux jurys au plus au cours d'une même session ; toutefois, il ne peut pas faire partie des jurys de deux sessions successives, sauf dans le cas de nécessité absolue ».

« *Art.* 37. — Les jurys des diverses sections du concours sont formés suivant le tableau ci-après :

« *a*) Anatomie, histologie (jury commun) : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur d'anatomie, 1 professeur d'histologie, 1 professeur de chirurgie.

« Départements. — 1 professeur d'anatomie, 1 professeur d'histologie.

« *b*) Histoire naturelle médicale et parasitologie : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie, 1 professeur de bactériologie.

« Départements. — 1 professeur d'hygiène ou d'hygiène et de bactériologie, 2 professeurs de parasitologie.

« *c*) Physiologie : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur de physiologie, 1 professeur de pathologie expérimentale et comparée.

« Départements. — 2 professeurs de physiologie, 1 professeur de chimie médicale ou de physique médicale.

« *d*) Chimie médicale. — Physique médicale (jury commun) : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur de chimie médicale, 1 professeur de physique médicale.

« Départements. — 1 professeur de physique médicale, 2 professeurs de chimie.

« *e*) (Sans changement.)

« *f*) Médecine générale : 6 membres.

« Paris. — 1 professeur de clinique générale et propédeutique, 1 professeur de clinique médicales spéciales (maladies infectieuses, maladies des enfants, neurologie, psychiatrie, phtisiologie, cardiologie, dermato-syphiligraphie ; 1 professeur de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie médicale, de thérapeutique, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'hydrologie, d'hygiène, d'anatomie pathologique, de médecine légale, de médecine expérimentale, ou de bactériologie.

« Départements. — 1 professeur de clinique générale ; 1 professeur de cliniques médicales spéciales (maladies infectieuses, maladies des enfants, neurologie, phtisiologie, cardiologie, dermato-syphiligraphie) ; 1 professeur de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie médicale, de thérapeutique, d'hydrologie, d'hygiène, d'anatomie pathologique, de médecine générale, de médecine expérimentale, ou de bactériologie.

« *g*) Chirurgie générale : 6 membres.

« Paris. — 3 professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale.

« Départements. — 3 professeurs de clinique chirurgicales, de cliniques chirurgicales spéciales, ou de médecine opératoire.

« *h*) (Sans changement.)

« *i*) (Sans changement.)

« *j*) Obstétrique : 5 membres.

« Paris. — 2 professeurs de clinique obstétricale.

« Départements. — 2 professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements, 1 professeur de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Paris ou des facultés de médecine des départements.

. . . .

(Le reste sans changement.)

Etudiants en Allemagne. — Par dérogation aux dispositions de l'article 23 du décret du 6 mars 1934 susvisé, les étudiants en médecine, nés en 1922 et accomplissant leur service du travail obligatoire en Allemagne, sont déclarés reçus définitivement aux examens de fin d'année, s'ils ont obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques écrites, théoriques orales et pratiques de ces examens.

Les présentes dispositions s'appliquent rétroactivement. (J. O. 6 mai 1944).

Ministère de la Santé et de la Famille

Conseil national de l'ordre des médecins. — Par arrêté du 15 mars 1944, M. le Dr Hulin est désigné comme président de la section dentaire du Conseil nationa de l'ordre des médecins.

Par arrêté du 23 mars 1944, Mme le Dr Duronchard (Denise) a été nommée médecin-inspecteur-adjoint intérimaire de la Santé du département de l'Yonne.

Le *Journal Officiel* du 29 avril publie le décret n° 975 du 17 avril 1944 relatif à la **création de médecins consultants régionaux de phtisiologie.**

Dans chaque région sanitaire sera désigné un médecin consultant de phtisiologie, nommé par le ministre. Le décret précise les attributions et les obligations de ce nouveau poste, ainsi que les indemnités de fonction.

Contrôle des spécialités pharmaceutiques. — MM. le professeur Gougerot, le Dr Mollaret, le professeur Sézary et le Dr Marquézy sont agréés comme experts pour procéder au contrôle des spécialités pharmaceutiques.

Comité du massage médical. — Sont nommés membres du Comité : MM. le Dr Coulon, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance ; le Directeur régional de Paris et celui de Lyon ; MM. les Dr Deniker (Paris), le professeur Duhot (Lille), Evenou, le professeur Leveuf (Paris), le professeur Rocher (Bordeaux), le Dr Ruffier (Paris).

Conseil de perfectionnement des écoles préparant au certificat d'aptitude à la profession de pédicure. — Sont nommés membres du Conseil : MM. les Drs Berthet, Darcourt (Marseille), Denet et Ducroquet (Paris), le professeur Rocher (Bordeaux), les Drs Charry et Wallet (Paris).

Santé publique.

Liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur de la santé.

Par arrêté du 2 mars 1944, ont été inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur de la santé, pour l'année 1944, les médecins inspecteurs adjoints de la santé dont les noms suivent :

Les docteurs :

MM. Abbal (Alpes-Maritimes), Andrieux (Ille-et-Vilaine), Bataillon (Indre) ; Mmes Camus-Roubert (Lozère), Claveau (Loire) ; MM. Dainville de La Tournelle (Seine-Inférieure), Deguiral (Haute-Garonne), Digeon (Calvados), Dufour (Bouches-du-Rhône), Gibelin (Vendée), Giraud (Hérault), Guibert (Creuse), Guiol (Hautes-Alpes), Jaujou (Corse) ; Mlle Laporte (Tarn) ; MM. Maret (Vosges), Montagnol (Loiret) ; Mlle Mouton-Chapat (Meurthe-et-Moselle) ; MM. Olie (Haute-Garonne), Paimblant (Cher), Petit (Seine-et-Oise), Phelippeau (Cher), Porte (Saône-et-Loire), Sauzet (Haute-Savoie), Serries (Loire), Spindler (Haute-Marne), Tondre (territoire de Belfort), Violet (Rhône). (*J. O.* 22 *avril* 1944.)

Education nationale

Conseil académique de Paris. — Sont nommés membres du Conseil : M. le professeur Gastinel de la Faculté de Médecine de Paris et M. le professeur Guérin, de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims (*J. O.* 27 avril 1944).

Prix Théophraste Renaudot. — Pour la deuxième fois, depuis sa fondation, le prix Théophraste-Renaudot a été attribué, le 27 avril 1944, à un médecin. Le lauréat est notre confrère, le docteur André Soubiran, dont la *Gazette des Hôpitaux* signalait récemment le beau livre de guerre « *J'étais médecin avec les chars...* ». On sait que cet ouvrage, préfacé par Georges Duhamel, a déjà été couronné par l'Académie Française.

Naissance.

Le Docteur et Mme Henry Duvergey font part de l'heureuse naissance de leur sixième enfant : Danièle. (16 avril 1944, 20, cours de Verdun, à Bordeaux.)

Nécrologie

M. le professeur Pierre Cordier, de Lille, membre du Conseil de l'Université, décédé à l'âge de 53 ans.

ORDRE DES MEDECINS

Commission de Protection des Intérêts des Médecins Prisonniers

La Commission de Protection des Intérêts des Médecins Prisonniers fait connaître que le Secrétariat d'Etat à la Défense Nationale a bien voulu donner pleine satisfaction à la demande qu'elle lui avait adressée, le 29 novembre 1943, concernant l'octroi aux Médecins, Pharmaciens et Dentistes maintenus au service des prisonniers en Allemagne des avantages pécuniaires accordés au personnel « relevant » des mêmes catégories. Confirmation officielle de cette décision vient de lui être communiquée par la Circulaire ministérielle suivante :

Secrétariat d'Etat à la Défense. — Direction du Service de Santé.

1° Bureau. — Personnel. Additif à la C. M. N° 6.210-C/7. N° 4450-I/DSS. — Royat, le 7 avril 1944.

(Statut du Personel Médical affecté au Service sanitaire des Prisonniers de guerre, complété par les C. M. N° 8.010-I/DSS du 7 mai 1942 et N° 15.150-I/DSS du 26 août 1942) :

A partir du 1er janvier 1944, les médecins, pharmaciens ou dentistes, d'active ou de réserve, maintenus en service dans les camps ou hôpitaux de prisonniers en Allemagne et non relevés, bénéficieront, dans les conditions suivantes, d'une situation analogue à celle prévue pour les médecins, pharmaciens ou dentistes relevants :

1° les médecins, pharmaciens, dentistes, possesseurs d'un grade d'officier pourront bénéficier de l'indemnité journalière de mission à l'étranger, prévue à l'article VII du Statut du 31-7-1941.

2° Les médecins, pharmaciens, dentistes auxiliaires titulaires, comme les officiers, du diplôme de docteur en médecine, de pharmacien ou de chirurgien-dentiste, ou pourvus de la scolarité requise par les arrêtés des 4 juin et 11 septembre 1943, pris pour l'application de la Loi N° 191 du 25 mars 1943, pourront être nommés sous-lieutenants de réserve à titre provisoire et bénéficier à ce titre, en sus de la solde et des accessoires de solde de leur nouveau grade, des mêmes indemnités que les officiers « relevants » de même grade.

3° Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires ne remplissant pas ces conditions pourront bénéficier de l'indemnité journalière de mission à l'étranger correspondant à leur grade, soit : 95 + 104 % = 194 francs.

4° A partir du 1er janvier 1944, les catégories de bénéficiaires visés ci-dessus, de l'indemnité de mission cesseront de percevoir l'indemnité spéciale de 60 francs qui leur était allouée jusqu'alors.

Cette indemnité ne sera maintenue qu'aux praticiens maintenus en service dans les camps ou hôpitaux de prisonniers en *France*, qui n'ont pas droit à l'indemnité journalière de mission.

5° Le paiement des indemnités ainsi déterminées aux intéressés ou à leurs délégations sera effectué dans les conditions prévues à l'article IX du Statut du 31 juillet 1941 et imputé en 1944 sur les crédits du Chapitre L. A. du Budget.

Pour le Secrétaire d'Etat à la Défense et par délégation :

Le Médecin-Inspecteur général
LIÉGEOIS,
Directeur du Service de Santé.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT CURATIF DES DYSENTERIES BACILLAIRES

par B. Piguet,

interne des hôpitaux de Paris.

La fréquence de la dysenterie bacillaire au cours de la guerre actuelle a remis cette question à l'ordre du jour. La possibilité de revoir des épidémies sur notre territoire lui laisse son intérêt. Quelques progrès thérapeutiques réalisés à l'occasion de la grande extension de la maladie en 1940 peuvent encourager la mise au point de cette revue générale.

I. — Traitement de l'épisode bacillaire aigu.

On peut mettre en œuvre des moyens spécifiques (sérothérapie, bactériophagothérapie) ou plus généraux (chimiothérapie, rechloruration), enfin des moyens symptomatiques et diététiques.

A. — Les moyens spécifiques.

1. — La *sérothérapie :* admise par tout le monde dans les dysenteries à Shiga, elle est discutée dans les dysenteries à bacilles peu toxiques parce que ces bacilles ne sont nocifs que par une endotoxine mauvais antigène pour obtenir chez l'animal des anticorps transmissibles à l'homme sous forme d'un sérum curatif (Prigge).

Elle doit être mise en œuvre le plus précocement possible, les résultats en seront d'autant meilleurs, fait prouvé sur le plan expérimental par Thibault et Rist en 1940.

a) *Suivant le mode classique* on aura recours aux injections sous-cutanées ou moitié sous-cutanées moitié intra-musculaires, mais il ne faut pas craindre d'employer des doses très élevées 100 à 200 cc. de sérum le premier jour suivant la gravité, que l'on peut renouveler les deux ou trois jours suivants. Les injections de sérum seront continuées tant qu'il persiste des symptômes d'intoxication. Il y a des formes où le nombre des selles ne dépasse pas 20 à 30 par vingt-quatre heures et où cependant les signes d'intoxication sont extrêmes ; dans ces cas, on ne doit pas se baser sur le nombre des selles pour restreindre les quantités de sérum.

Chez les grands enfants on peut réduire les doses de moitié ; chez les nourrissons 20 à 50 cc. sont bien supportés dans les formes graves.

Dans l'ensemble, les résultats sont favorables dans 50 % des cas, même dans les cas où il s'agit des bacilles peu toxiques, tels le Flexner, Hiss, etc.

Chez les malades traités au sérum, la déshydratation nous a paru souvent moins prononcée qu'avec les autres modes de traitement. Fait peut-être en rapport avec l'introduction des albumines sériques dans l'organisme. L'évolution de la maladie peut se faire en une à trois semaines et le régime normal être repris au cours de la troisième semaine.

b) *Suivant d'autres modes* préconisés à la suite des travaux de Besredka sur l'immunité locale par Montel (de Saïgon). Le sérum peut donner des résultats plus favorables en ingestion ou en lavement, non seulement dans les dysenteries à Shiga, mais également dans celles à Flexner, Hiss, Saïgon, etc.

— par voie buccale, le sérum s'administre à la dose de 60 cc. deux fois par jour additionné d'eau sucrée ou de sirop de groseille.

— par voie rectale, on emploiera une sonde de Nélaton à entéroclyses ; on commencera par un lavement évacuateur : eau oxygénée, 1 cuillerée à soupe, bicarbonate de NA, 1 cuillerée à café, eau tiède, 1 litre. Le malade sera couché sur le côté droit et le bock élevé à 50 cm. Ensuite, lavement au sérum de volume réduit pour pouvoir être conservé malgré le ténesme : 50 à 100 cc. de sérum avec 50 à 75 gr. d'eau bouillie tiède et 20 gouttes de laudanum. Dès le troisième lavement, Montel a vu les selles redevenir normales. D'autre part, il y a sédation presque immédiate des douleurs et du ténesme et suppression des accidents sériques.

Meyeringh a confirmé récemment cette efficacité du sérum par voie digestive, mais, pour obtenir l'action optima, il faut avoir affaire à un organisme déjà sensibilisé par des injections parentérales.

Sans prendre parti entre les tenants et les adversaires de la sérothérapie dans les dysentries à bacilles peu toxiques, rappelons que de nombreux auteurs (Vaillard, Dopter, Brauer, Montel) ont noté le fait paradoxal que le sérum monovalent agissait aussi bien ou parfois mieux dans les dysenteries à Flexner, Hiss ou Saïgon que dans les dysenteries à Shiga.

2. — *La bactériophagothérapie* remise à l'honneur par les travaux de ces dernières années donne des résultats très nettement supérieurs à ceux de la sérothérapie. Mais elle doit être : *précoce* (dans les trois premiers jours de la maladie pour ne s'exposer qu'à 13 % d'échecs-Compton) ; *spécifique*, souches de bactériophages exactement adaptées aux souches microbiennes en cause, variant suivant la distribution géographique de la maladie à un degré extrême (des bactériophages venus d'Allemagne sont inactifs en Pologne. Kliewe et Helmreich).

Par *voie parentérale*, on peut déterminer l'apparition d'anticorps s'opposant aux propriétés lytiques du bactériophage. (Philibert). La *voie digestive* est la meilleure. Par voie *buccale*, des doses de 10 à 20 cc., répétées trois à quatre jours de suite, font cesser rapidement les phénomènes dysentériques. La prise de bactériophage doit être précédée de celle d'un alcalin pour éviter la destruction par l'acide chlorhydrique gastrique. Par *voie rectale*, les Russes ont employés avec succès de grands lavages intestinaux de 10 à 12 litres renfermant 60 cc. de bactériophage.

Chez l'enfant, le bactériophage peut donner de très bons résultats. Au cours du traitement, on peut observer des phénomènes d'aggravation (fièvre, reprise de la diarrhée ou hémorragies) dans les dysenteries à Shiga par libération massive de la toxine sous l'influence de la lyse microbienne (Seiffert, Kliewe et Helmreich), ces phénomènes cessant dès le quatrième jour, même si l'on continue le traitement. Pour les prévenir, il suffit de ne pas administrer le bactériophage à doses trop fortes d'emblée.

Le bactériophage donne de très bons résultats dans le traitement des porteurs de germe (Shiga ou pseudo-dysentériques), 10 cc. par voie buccale trois jours de suite font disparaître les germes.

B. — Les moyens plus généraux.

1. — *La sulfamidothérapie* mise en œuvre pour la première fois dans les dysenteries bacillaires par Jones et Absee en 1939 et Gorlitzer aux Indes Anglaises. Les résultats observés depuis, en particulier par Gounelle et ses collaborateurs et par nous-mêmes, nous font dire qu'il s'agit là du traitement d'avenir des dysenteries surtout à Flexner, Hiss, etc. Plus l'emploi des sulfamides est précoce, meilleurs sont les résultats. Il faut donner un minimum de 20 gr. de sulfamide les quatre premiers jours du traitement et en tout un minimum de 30 gr. Mais ces doses peuvent être dépassées. Il faut faire boire abondamment pour que les sulfamides soient bien supportés.

Les diverses variétés de sulfamides n'ont pas toutes la même activité. La sulfamido-chrysoïdine serait peut-être moins active, mais on l'emploie en général à dose beaucoup trop faible et l'on pourrait facilement doubler sa posologie. Avec le 1162 F ou *sulfanilamide*, les dysenteries à Shiga ou Flexner guérissent en trois ou quatre jours au maximum (Gounelle). Avec le 693 ou *sulfapyridine* (Nickusch), ou la p. *amino-benzol*, sulfone acétamide (Piguet), la durée moyenne de la maladie ne dépasse pas une semaine. On ne connaît pas encore les résultats obtenus avec les *dérivés thiazolés*, mais ils sont *in vitro* très actifs sur les germes de la famille dysentérique.

La sulfamidothérapie est bien supportée par l'enfant, on peut donner des doses élevées même chez le nourrisson, 0 gr. 10 à 0 gr. 25 de sulfamide par kilo.

Les échecs sont rares, on n'en a enregistré que chez des individus déjà tarés, parfois cachectiques. En principe, on obtient 100 % de guérisons à la fin de la première semaine de traitement.

2. — *La rechloruration et la rehydratation* doivent être mises en œuvre dans tout syndrome dysentérique accusé, car on note alors une hypochlorémie portant à la fois sur le plasma et les globules par suite des spoliations intestinales, ainsi que par suite du déplacement de l'ion CL vers les tissus comme dans toute infection.

L'hypochlorémie s'accompagne d'une azotémie souvent élevée, mais non toujours proportionnelle, ainsi que d'une alcalose prononcée. Quant à la déshydratation, elle peut être extrême surtout dans les dysenteries à Shiga.

Pour une hypochlorémie simple sans azotémie, il faut prescrire 10 à 15 gr. de sel par la bouche et 500 cc. de sérum physiologique sous-cutané chaque jour.

Pour une azotémie supérieure à 1 gr., il faut associer 15 à 20 gr. de sel par voie buccale, à 20 ou 40 cc. de sérum hypertonique à 20 % par voie veineuse et à 1 litre de sérum physiologique sous-cutané.

L'administration associée d'*hormone cortico-surrénale* peut être utile.

L'indication de la rechloruration peut être tirée en pratique du taux des chlorures urinaires. Au-dessous de 0 gr. 50 pour 1000, il faut rechlorurer les malades (Gounelle et Marche). On interrompra la rechloruration quand le taux des chlorures urinaires atteindra plusieurs grammes par litre.

La rechloruration et la rehydratation par les solutions salées hypertoniques joueraient peut-être un rôle par choc dans l'équilibre colloïdal du sérum, puisque l'on observe la même amélioration après la simple injection de calcium I.V. ou de sérum de cheval normal (Walther et Gunther).

C. — Le traitement symptomatique.

Il faut imposer d'abord le repos, les grands transports fatiguent et aggravent les malades, et la chaleur (la chambre doit être maintenue à 20°) ; si possible, ne pas obliger le malade à se lever pour aller à la selle, « l'emmailloter » dans de la ouate de cellulose. Dès le début, purger activement : *sulfate de soude ou de magnésie* (40 à 50 gr.). Mais cela peut provoquer des coliques. Beaucoup préfèrent le *calomel* à dose massive, 1 à 2 gr. par jour en deux fois, ou à doses fractionnées 0 gr. 50 en 10 paquets pris d'heure en heure, ou sous forme de pilules de Segond à 0 gr. 02. L'huile de ricin (1 à 2 cuillerées à soupe dans les deux ou trois premiers jours) a pu être accusée d'augmenter le nombre des selles sanglantes et de renforcer le ténesme.

— Ensuite calmer les coliques et le ténesme par des *cataplasmes laudanisés*, ou dans les formes très douloureuses par la *morphine*, trois à quatre jours consécutifs, ou des *suppositoires à l'opium et à la belladone.* Mais en général être ménagé de la médication opiacée, ne pas l'administrer systématiquement, comme on le faisait classiquement à la phase

aiguë, car on augmente la stase du grêle et la résorption des produits toxiques, et l'on peut prolonger les hémorragies intestinales (Otto). Il vaut mieux avoir recours aux injections I.V. d'atropine, 1 mmgr. par jour en deux fois (Balézeaux).

— La médication absorbante et astringente doit être prise une heure avant les repas afin de ne pas absorber les sucs digestifs. *Charbon pulvérisé* 8 à 12 gr., *kaolin* 10 à 15 gr., *salicylate basique d'alumine* 1 à 5 gr. *bimuth* 10 à 15 gr., *tanin* 3 à 6 gr., *tannate d'albumine* 10 à 12 gr. *L'extrait fluide de salicaire*, 3 à 5 gr. par jour, aurait une action rapide. La *targésine*, complexe colloïdal de diacétyl-tannate d'argent en combinaison avec une albumine à la dose de 6 à 10 gr. par jour donne de bons résutats en se décomposant en nitrate d'argent et en tanin. On peut l'employer en solution à 2 ou 5 % par la bouche, 1 à 3 cuillerées à soupe trois fois par jour, ou en lavement à 0,50 %. Le pectate de nickel, 150 gr. à 180 gr. par jour en trois prises, dans du lait, à trois heures d'intervalle, amènerait une amélioration rapide (Bloch, Tarnowski et Green).

— Les lavements ont encore des partisans, bien que l'action antiseptique directe soit faible, ils débarrassent l'intestin des glaires adhérentes à la muqueuse et empêcheraient la pullulation des germes. On a préconisé les lavements d'*eau pure*, d'*alun* à 15 pour 1000, de *tanin* à 1 ou 2 %, de *sulfate de zinc* à 5 pour 1000, de *bleu de méthylène* à 2 pour 1000, de *permanganate de K* à 1 pour 1000, de *rivanol* à 2 pour 1000, d'*eau oxygénée* à 2 pour 1000, de *collargol* à 20 % (30 à 40 cc.).

— La médication stimulante est indiquée dans les formes graves avec syndrome toxique qui ne sont pas l'apanage des dysenteries à Shiga, mais que l'on peut voir également dans les dysenteries à bacilles réputés peu toxiques.

On aura recours aux tonicardiaques : (ouabaïne, caféine, camphre, spartéine, cardiazol), aux extraits surrénaux (ou à l'adrénaline et à la désoxycorticostérone).

— *La transfusion sanguine* a été prônée avec enthousiasme par de nombreux auteurs (Gantenberg, Gutzeit, Kalk). Abondante, 500 à 600 cc. de sang citraté et non défibriné, elle a une action remarquable dans les formes graves des dysenteries, peut-être parce qu'elle représente un apport d'albumines régularisant non seulement le métabolisme des protides, mais aussi celui des substances hydrochlorurées et agissant comme réhydratant. Action peut-être liée à ce qu'il s'agit d'une véritable sérothérapie non spécifique éprouvée dans les formes toxiques graves de bien des affections (scarlatine, diphtérie, grippe, etc.).

D. — Diététique.

Elle a une grande importance, pouvant être à elle seule un traitement suffisant.

a) *La diète classique et ses modalités récentes.*

— La diète hydrique absolue pendant dix jours, constituée par des tisanes non sucrées, mais salées, ou de l'eau de riz est recommandée par Krieger. Cette diète « allongée » nous semble plutôt nuisible.

— La diète lactée serait préférable parce qu'elle représente un apport nutritif important en protides et lipides.

— En effet, on préconise actuellement l'introduction précoce des albumines dans le régime des dysentériques pour parer à la dénutrition et à la déshydratation. Les dysentériques supportent bien, même en phase aiguë, une viande crue, finement râpée, à doses modérées.

— L'apport précoce de graisses est également préconisé par de nombreux auteurs (beurre ou crème frais).

Donc, dans l'ensemble, la reprise d'un régime normal doit être atteinte rapidement, au cours de la troisième semaine, parfois même dès le début de la seconde, sans attendre les selles de consistance normale.

b) *La diète de pommes crues.* Elle fut appliquée à l'origine aux enfants et nourrissons par Heisler et Moro. L'action de la cure repose sans doute sur l'activité de la pectine contenue dans les pommes.

La diète comporte, pour un adulte, l'administration exclusive pendant deux à cinq jours de 1 kilog. de pulpe de pommes crues, non tout à fait muries, broyées avec la peau, sans les pépins et préparées extemporanément. Ne pas donner le suc qui se sépare de la pulpe et qui peut être mal supporté pour certaines sortes de pommes. Pour les enfants, 500 gr. à 1 kg. de pulpe de pomme par jour en cinq repas pendant trois à cinq jours, sans diète hydrique préalable. Chez les tout-petits (avant 8 ou 9 mois) il faut maintenir la diète hydrique préalable et joindre à la pulpe de pomme une quantité suffisante de thé léger édulcoré à la saccharine ; on donnera 5 à 6 biberons de thé auxquels on ajoutera 1 à 5 cuillerées à café de pulpe de pomme (Terrien).

Les résultats sont aussi favorables chez l'adulte que chez l'enfant ; au sixième jour du traitement, on a une selle normale et l'on peut passer aux crèmes ou aux bouillies ou chez l'enfant au lait acidifié.

E. — Traitement des complications.

— La complication qu'on a le plus fréquemment à traiter est le *rhumatisme dysentérique*. Les douleurs sont souvent si vives que l'indication première est de les calmer, *salicylate de Na* à doses élevées per os ou par voie veineuse (dans ce cas, en goutte à goutte lent), *aspirine*, *atophan*, *pyramidon* I.M. ou I.V., *colchicine* I.V. (1 mmgr. dilué dans du sérum glucosé), *teinture de semence de colchique*, *histamine* intradermique ou en injection profonde au niveau de l'articulation, donnent parfois des résultats transitoires. La *sérothérapie* agit parfois également, même quand elle n'est pas spécifique (Hamburger et Duval). Avec un vaccin antidysentérique de l'Institut Pasteur à 4 milliards de germes par cc. en injection I.V. à doses croissantes en partant de 2 gouttes, Coste, Gaucher et Hervet ont pu guérir un cas de rhumatisme des extrémités, secondaire à une dysenterie à Flexner. La médication agit par choc.

La *pyrétothérapie* n'a pas grande action. Les *sulfamides* si actifs sur les manifestations intestinales n'agissent pas sur les lésions articulaires. Les *effluves de haute fréquence*, dans les formes sans épanchement, la *galvanisation transarticulaire* dans les formes avec épanchement auraient donné parfois des résultats. Mais dans l'ensemble le rhumatisme dysentérique se montre réfractaire aux traitements usuels des polyarthrites.

— Les hémorragies parfois assez abondantes peuvent nécessiter des injections d'*ergotine*, d'*ergotamine*, d'*anthéma* ou de *coagulène*, de *vitamine K* ou de *testostérone* à dose forte (25 mmgr.) ;

— les *complications oculaires* cèdent en général rapidement aux applications de collyre à l'argyrol, à l'atropine ou au sulfate de zinc.

— L'*uréthrite* associée parfois à la conjonctivite et au rhumatisme guérit d'elle-même.

— Les *polynévrites* relèvent de soins locaux, massage, mécanothérapie et de la vitamine B_1 en sous-cutanée.

— Le *syndrome d'insuffisance surrénale aiguë* qui peut se voir quelle que soit la forme, Shiga ou Flexner-Hiss, etc., nécessite d'urgence : adrénaline (1 à 5 mmgr. en sous-cutanée ou par voie rectale), les extraits surrénaux (médullaires ou corticaux) 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, la désoxycorticostérone (10 à 30 mmgr. par jour).

— la *myocardite* exige les tonicardiaques ainsi que l'adrénaline et les extraits surrénaux.

— les *autres complications* n'ont pas de traitements particuliers ;

— dans les *formes associées à l'amibiase*, formes souvent traînantes, il faut entreprendre d'abord le traitement anti-amibien émétino-arsenical ;

— l'association de la typhoïde interdit la cure de pommes.

II. — **Traitement des séquelles.**

— Les troubles du chimisme gastro-intestinal, en particulier l'achylie gastrique, dans les dysenteries qui se sont prolongées, peuvent être à l'origine d'une diarrhée dyspeptique persistante avec diminution de la résorption des graisses. Dans ces cas, on obtiendra de bons résultats en donnant 0 gr. 50 à 1 gr. d'*H C l* par jour, de la *pepsine* (0 gr. 30 à 1 gr. par jour une heure avant le repas), de la *pancréatine* 0 gr. 50 à 1 gr. (mais pas en même temps que la pepsine chlorhydrique), de la *vitamine A* qui favorise la reprise de la sécrétion chlorhydrique.

— La *colite chronique dysentérique* (ou *dysenterie bacillaire chronique*) qui succéderait dans 10 % des cas aux formes aiguës peut se voir même après les formes les plus légères. Non influencée par la sérothérapie, elle relèverait, pour faciliter la formation des anticorps, de la vaccinothérapie sous-cutanée par des émulsions de bacilles tués ou vivants, atténués par la chaleur ou l'iode. Les résultats les plus favorables seraient observés dans les dysenteries à bacilles de Flexner.

Dans ces formes chroniques, il faut calmer les douleurs et les spasmes coliques par la belladone, l'atropine, la papavérine, l'opium à très faibles doses.

On aura recours aux astringents ou adsorbants à doses suffisantes pour obtenir un véritable collage de la muqueuse. Des lavements intestinaux au nitrate d'argent à 1 pour 1000 ou au yatren à 1 % peuvent donner de bons résultats.

Les ondes courtes et la diathermie peuvent atténuer les douleurs dues aux spasmes.

La *diététique* ne doit pas être trop sévère ou aboutirait à des troubles de carence. De temps à autre, on peut avoir recours à une diète de pommes crues ou de poudre de pomme (Manson-Bahr). La vitamine A peut favoriser la cicatrisation des ulcérations résiduelles.

Ce n'est que dans certaines formes cachectisantes où le traitement médical ne donne pas de résultats après trois ou quatre mois, qu'on a pu proposer de mettre le colon au repos par la dérivation des matières (caecostomie ou appendicostomie), permettant par ailleurs de pratiquer de grands lavages antiseptiques au nitrate d'Ag. à 1 pour 1000. Il ne faut pas fermer la fistule avant trois mois (Hegler). On a pu parfois obtenir ainsi des guérisons inespérées dans des cas que l'on croyait voués à une mort certaine.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera une bibliographie complète des auteurs cités dans la thèse que nous avons soutenue en 1943 et intitulée : *Traitement curatif actuel de la dysenterie de l'adulte à bacille du groupe Fexner-Hiss.* (Foulon, Paris 1943.)

Sur la diète de pomme chez l'enfant, consulter Terrien : *Précis d'alimentation des nourrissons* (6e édition 1939).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

29 *mars.* — M. Dujardin. — La chorée fibrillaire de Morvan post-chrysothérapique.

M. Paneau. — Recherche sur le taux actuel de l'hémoglobine chez l'enfant sain de six mois à quinze ans.

M. Bracq. — L'intoxication par l'alcool méthylique.

30 *mars.* — M. Brument. — Contribution à l'étude du traitement des pyothorax par l'aspiration pleurale.

M. Binda. — Flutter auriculaire et insuffisance cardiaque. Intérêt du diagnostic.

3 *avril.* — M. Baillet. — Les abcès staphylococciques du poumon.

M. Filleux. — Etude des rapports cliniques et étio-pathogéniques de la spondylose rhizomélique et de la poyarthrite périphérique.

M. Chrétien. — Contribution à l'étude étiologique et pathogénique du volvulus du mégacôlon.

ACTUALITÉS

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

Depuis environ quinze ans et surtout dans ces dernières années, il se manifeste aussi bien en France qu'à l'étranger, un mouvement de réaction contre des indications par trop exclusives ou systématiques de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale.

Les progrès accomplis dans le perfectionnement de nos moyens d'investigation ont modifié quelque peu les notions les plus classiques depuis Albarran sur le caractère primitif de la tuberculose ulcéro-caseuse du rein, sur son unilatéralité, sur l'impossibilité de sa guérison spontanée; ce dernier point justifiait *ipso facto* la place faite à la néphrectomie dont par ailleurs les résultats ne se sont pas avérés aussi constamment parfaits qu'avaient pu l'espérer les promoteurs de la méthode.

Expérimentalement Coulaud (1) a démontré sur le lapin que la tuberculose rénale était due à la colonisation dans le rein des bacilles apportés par voie sanguine ; le rein est donc bien la première localisation « focale » du Bacille de Koch sur l'appareil urinaire, mais la voie hématogène fait admettre l'existence au point de départ d'un chancre d'inoculation ; ce foyer primitif est presque constamment retrouvé au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire ; c'est ainsi que Kudelski (2) après examen de 100 malades atteints de tuberculose rénale en trouve 49 atteints de lésions pulmonaires certaines ; chez les 51 restants l'image thoracique est normale, mais 31 % d'entre eux ont présenté une pleurésie séro-fibrineuse dans les années qui précèdent ; on doit donc admettre qu'en règle la tuberculose rénale survient sur un terrain déjà frappé par la tuberculose.

La précision toujours plus grande des investigations classiques a permis d'autre part de saisir les stades de début de la tuberculose rénale ; à côté de la forme ulcéro-caseuse pyelo-rénale on a appris à dépister des formes parenchymateuses, tuberculeux rénaux « à urines claires ». Dans la forme classique les lésions occupent principalement la substance medullaire ; dans les formes de début la tuberculisation par voie hématogène détermine des lésions purement corticales. Or le caractère dominant de ces lésions réside dans leur tendance naturelle (en rapport peut-être avec la très grande vascularisation de la zone corticale) à évoluer vers la guérison qui laisse une cicatrice fibreuse ; les lésions médullaires évoluent au contraire vers l'extension et la fonte caseuse.

Ces constatations à la fois expérimentales (Coulaud) et anatomiques (Medlar, Legueu, Papin et Verliac) modifient un peu les règles classiques de l'unilatéralité initiale des lésions ou l'impossibilité d'une guérison spontanée de la maladie.

En ce qui concerne l'unilatéralité apparente Fervel (3) apporte les chiffres suivants basés sur l'étude de 549 cas : 25 % de formes unilatérales d'emblée, 26,5 % de formes bilatérales d'emblée, 47 % de formes douteuses au premier examen. Certains auteurs (M. B. Fey (4) considèrent comme fréquent la bilatéralité d'emblée ; un des côtés ne dépasse pas l'étape parenchymateuse et évolue spontanément vers la guérison.

Cette évolution spontanée vers une guérison des lésions a déjà soulevé bien des discussions ; on ne peut parler de guérison disent Legueu, Papin et Verliac que si le rein ne contient plus un produit susceptible de tuberculiser le cobaye tout en conservant un pouvoir fonctionnel important.

Dans les formes parenchymateuses cette éventualité paraît relativement fréquente (Chute, Legueu, Dossot (5), etc.) ; elle apparaît infiniment plus rare lorsque les lésions ont atteint le stade ulcéro-caseux ; on a bien trouvé des lésions parfaitement cicatrisées sur des pièces de néphrectomie (N. Hallé, Legueu), mais de là à affirmer une guérison clinique ! On sait que la tuberculose rénale évolue souvent par poussées successives ; elle peut rester latente pendant plusieurs années jusqu'au moment où d'autres lésions évolutives viendront témoigner de la précarité de la guérison. Dans son important travail R. Kuss a souligné avec « quelle modestie il convenait d'apprécier la guérison clinique d'une tuberculose rénale ».

Dernier argument enfin mis en avant par quelques auteurs pour s'élever contre la néphrectomie précoce systématique ; la qualité des résultats n'est pas aussi parfaite qu'on pourrait l'escompter. C'est ainsi que Wildboz trouve dans sa statistique de 669 néphrectomies une survie de 10 ans avec guérison complète dans seulement 59 % des cas ; 40 % des malades sont morts, dont la moitié d'une tuberculose pulmonaire ou d'une tuberculose de l'autre rein.

*
**

Devant ces faits comment concevoir les indications opératoires ? On se basera semble-t-il surtout sur le stade anatomique des lésions (dans la mesure où les examens de spécialité permettront de le préciser) et sur l'état général du malade.

Aux formes parenchymateuses, c'est-à-dire formes à urines claires renfermant quelques rares bacilles, sans déficience fonctionnelle, sans modification des calices à la pyélographie, doit correspondre un traitement médical d'attente ; on peut avoir recours (Thévenard (6)) à l'éther benzyl-cinnamique, à l'huile de foie de morue en injections intra-veineuses (Cugnet), à l'huile de Chaulmoogra, au bleu de méthylène ou encore aux médications spécifiques : antigène méthylique, vaccin de Vaudremer.

Par des explorations lésionnelles et fonctionnelles régulières on suivra l'évolution de la maladie. Si la fonction rénale, le pyèlogramme restent intacts on est en droit d'estimer que les lésions évoluent spontanément vers la guérison. Si au contraire à l'examen pyélographique apparaît une ulcération de la papille ou une image de caverne, la néphrectomie s'impose (Gouverneur et Pérard, Dossot), se discute (B. Fey et Kuss).

Ces derniers auteurs considèrent en effet qu'on peut surseoir à la néphrectomie lorsque les lésions restent très limitées et ne s'accompagnent pas de déficience marquée du rein.

Pour Gouverneur et Pérard (7) tout rein tuberculeux présentant de la pyurie avec une déficience fonctionnelle appréciable doit être supprimé à condition que le rein opposé soit indemne. Retarder l'intervention expose à bien des déboires et en particulier à des séquelles vésicales importantes et rebelles.

Lorsqu'il s'agit d'une tuberculose bilatérale le malade doit être suivi régulièrement ; si l'on assiste au bout d'un certain temps à la localisation prédominante sur un côté du processus ulcéro-caseux l'exérèse de ce rein est indiquée ; mais cette néphrectomie ne peut être que tardive car il faut parfois attendre des années avant d'avoir la certitude que le rein opposé est suffisant fonctionnellement.

Il semble au demeurant que l'on ait surtout tenté de donner un peu plus de souplesse (B. Fey) aux indications de la néphrectomie dont l'exécution ne doit pas faire l'objet d'une équation mathématique. Comme pour toute intervention sur un foyer tuberculeux elle doit bénéficier d'un traitement pré-opératoire ; on évitera, par une intervention trop précoce, d'opérer sur un malade en période dite de bacillémie ou même en simple poussée évolutive. Il faut savoir attendre que l'organisme ait réagi, que les lésions se soient un peu stabilisées. Ces facteurs sont importants car ils conditionnent pour beaucoup, semble-t-il, les suites de la néphrectomie ; les accidents de tuberculisation post-opératoire dépendent plus de la résistance générale de l'opéré que de l'observance de telle ou telle technique chirurgicale (Thévenard et discussion, Soc. Urologic, séance du 18 juin 1943).

Pierre LANCE.

(1) *Coulaud*, Journal *Urologie*, juin 1935.
(2) *Kudelski* cité dans la thèse de *R. Kuss :* La place de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, Paris 1944.
(3) *Fervel*. Thèse Lyon, 1942.
(4) *Fey*. Journal *Urologie*, septembre 1941.
(5) *Dossot. Presse Médicale*, 8 avril 1944.
(6) *Thévenard, Presse Médicale*, 8 avril 1944.
(7) *Gouverneur et Pérard. Revue Médicale Française*, mars 1944.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE (Suite)

4 *avril*. — M. Mouinou. — Les occlusions intestinales aiguës par ascaris.

M. Guézou. — Contribution à l'étude des angiomes du larynx.

Mlle Mandon. — Résultats du pneumothorax dans les formes graves de la tuberculose pulmonaire.

14 *avril*. — Mlle Le Failler. — La vie angevine de Béclard.

M. Lippmann. — Etude clinique de l'ostéoarthrite déformante primitive.

Mme Morin-Gauthier. — La psychiatrie dans l'œuvre littéraire de Guy de Maupassant.

25 *avril*. — M. Trautner. — Les réactions tuberculiniques dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

M. Dupré. — Etude et diagnostic des opacités arrondies intra-thoraciques.

M. Le Pourmet. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les jumeaux.

M. Mazzoli. — Sur un cas de kyste hydatique du médiastin postérieur.

26 *avril*. — M. Morice. — L'hypotension intra-crânienne.

Mme Le Pourhiet. — Contribution à l'étude de la lymphadénie tuberculeuse.

M. Ramaroni. — Contribution à l'étude des otites de la rougeole.

M. Simon. — L'épidémiologie du typhus marin dans la marine de guerre.

M. Marquet. — Intoxications alimentaires par certaines légumineuses.

M. Huertas. — L'asphyxie intra-utérine du fœtus.

M. Bazin. — Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphino-sulfate de magnésie.

3 *mai:* Mlle Naline. — Essai sur le traitement de l'ascite des cirrhotiques par le citron.

M. Mahy. — La hernie discale. Valeur du lipiodolo-diagnostic.

THESES VETERINAIRES

29 *mars*. — M. Jouve. — La paralysie des nerfs de la queue de cheval chez le chien.

M. Douhet. — Les viandes à odeurs anormales.

14 *avril*. — M. Honault. — La mammite streptococcique de la vache. Sa prophylaxie.

25 *avril*. — M. Georges. — Les orchi-vaginalites du cheval.

M. Marchand. — L'assainissement des viandes tuberculeuses et leur utilisation.

M. Lemay. — Du rôle du bacille tuberculeux de type humain dans la tuberculose spontanée des animaux et des oiseaux domestiques.

3 *mai:* M. Blanchet. — L'exploration rectale chez les bovidés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 25 AVRIL 1944.

La prévention du botulisme. — M. MARTEL, après avoir donné lecture d'un rapport sur cette question a proposé à l'Académie de Médecine, le vœu suivant qui a été adopté à l'unanimité.

1° Il incombe aux services vétérinaires qui ont dans leurs attributions le contrôle de la salubrité des fraudes de prescrire toutes mesures utiles en vue d'assurer une meilleure hygiène des salaisons. (Jeûne et repos des porcs avant le sacrifice; travail rationnel de salage; conservation des produits salés).

2° Le public doit retenir que la plus minutieuse propreté est la règle à suivre en matière de préparation et de conservation des viandes même salées.

3° Il faut éviter de faire usage des produits crus, tels que : chair hâchée ou « hachis », jambon salé. La cuisson des jambons pour être suffisante exige une ébullition prolongée. Le temps de cuisson à 100° est d'autant plus long que le jambon est plus épais. 4 heures suffisent pour un jambon de 5 kilos. L'ébullition assure la destruction de la toxine botulinique et prévient les accidents dus à cette toxine.

Observations relatives aux rapports entre la diphtérie et les vaccinations préventives. — M. BESSON (présentation par M. TANON). — Se basant sur des documents récemment soumis au Conseil d'Hygiène du Département de la Seine l'auteur montre qu'à Paris pendant les années 1941, 1942 et 1943 la morbidité diphtérique passant de 707 à 1598 et 1694 a donné 55, 89 et 79 décès.

Chez des sujets correctement vaccinés il y a eu 70, 141 et 170 cas avec une mortalité de 1 % pour l'ensemble des 3 années.

Parmi les sujets partiellement vaccinés il y a eu 87, 221 et 264 cas avec une mortalité de 3,1 % pour l'ensemble des 3 années.

Parmi les non vaccinés il y a eu 550, 1231 et 1260 cas avec une mortalité de 6,6 % pour l'ensemble des 3 années.

Le taux des décès est donc d'autant plus faible que les sujets sont vaccinés et mieux vaccinés.

Par rapport à la mortalité totale, la mortalité par diphtérie est de 1 p. 1.000 chez les vaccinés, 50 p. 1.000 chez les non vaccinés.

Des documents relatifs à une seule année dans une commune suburbaine de 10.000 habitants conduisent aux mêmes conclusions.

Les observations de M. Besson démontrent une fois de plus que la vaccination correcte atténue très sensiblement le danger de mort par diphtérie; pour l'ensemble de la population le bénéfice sera d'autant plus évident que la vaccination sera une mesure plus universellement appliquée.

Sur l'ossification de la colonne vertébrale du fœtus humain. — MM. TEISSANDIER et CHAMPAGNE (présentation par M. ROUVIÈRE). — Les auteurs admettent dans leur ensemble les vues classiques exposées par Béclard, Sappey, touchant l'unicité, pour l'axis, du centre d'ossification dans chaque corps vertébral. Ils se séparent des classiques quant à l'ossification des arcs latéraux, des apophyses costiformes.

Hémiplégie cérébrale infantile et troubles aphasiques. — MM. HECAEN et ANGLADE (présentation par M. LHERMITTE). — Au cours d'une hémiplégie gauche d'origine obstétricale on a constaté de la dyspraxie constructive, des troubles du calcul et du langage de type expressif et réceptif — troubles qui ont l'apparence à la fois motrice et sensorielle de l'aphasie de Broca. — La coexistence inhabituelle avec une hémiplégie gauche et non droite est à rapprocher de l'existence de nombreux gauchers dans l'hérédité maternelle du sujet. Les troubles du langage semblent dus à un état démentiel épileptique en progression. Il y a eu sans doute lésion légère des centres du langage de l'hémisphère gauche, qui n'a permis qu'une suppléance imparfaite par l' « hémisphère mineur ». Le rôle de cet hémisphère mineur est particulièrement net dans les récupérations post-chirurgicales chez l'adulte.

Sulfamide et eau sulfureuse (Challes). — MM. M. CHIRAY, L. JUSTIN-BESANÇON et M. DUBOST. — Certaines eaux sulfureuses possèdent, sur le développement des micro-organismes, une action frénatrice de même ordre que celle des sulfamides. Ceux-ci, associés à l'eau sulfureuse, accroissent ses effets. On peut donc, en particulier en oto-rhino-laryngologie, compléter l'action d'un traitement sulfamidé par les applications locales d'eau minérale sulfureuse.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 26 AVRIL 1944.

Du traitement des fractures du col du radius et en particulier de la réduction sanglante. — MM. SORREL et XAMBEU considèrent qu'il vaut mieux éviter l'exérèse de la tête qui laisse une déformation du coude.

Hémarthrose du genou. Rupture du ligament croisé. Suture immédiate. — M. SORREL.

Sur le traitement des plaies graves des membres. — MM. JEAN PERVÈS, FR. MORVAN et CH. RENON viennent défendre la méthode d'occlusion et l'immobilisation plâtrée.

M. Desplas montre les dangers de la suture primitive faite sur les blessés par bombardements.

M. Roux-Berger rappelle l'importance du parage chirurgical des plaies.

Tumeur du nerf médian. Troubles sympathiques associés. Guérison par exérèse de la tumeur et infiltration stellaire. — M. MAGNANT. — J. MEILLÈRE, rapporteur.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

SÉANCE DU 19 MARS 1944

Péricardite hémorragique primitive et latente. Constriction cardiaque terminale. Malformation congénitale de l'oreillette droite. MM. MOUQUIN, LENÈGRE, CATINAT et MATHIVAT rapportent l'histoire d'un jeune homme porteur d'une péricardite hémorragique considérable, qui, pendant trois ans demeura latente au point de permettre une vie professionnelle et sportive très active.

A la suite d'une ponction du péricarde (qui entraîna d'ailleurs des crises épileptiques) cette péricardite hémorragique se transforma en péricardite constrictive, à petit cœur, qui, six mois après son début, entraîna la mort par adiastolie.

La nature de cette péricardite constrictive, fait fréquent, demeura mystérieuse. Mais il est rare de pouvoir, comme dans cette observation, chiffrer combien de temps une telle péricardite a mis à se constituer.

A côté d'une coque péricardique épaisse d'un centimètre en certains points, l'autopsie montra l'existence d'un angiome du péricarde. Elle révéla, en outre, l'existence d'une malformation congénitale de l'oreillette droite, divisée en deux parties par une sorte de diaphragme. Ce dernier comprenait un repli membraneux, inférieur, extension de la valvule d'Eustachi et un repli fibreux, supérieur, s'appuyant à l'orifice de la veine cave supérieure : ainsi se trouvait séparé le sinus veineux, où débouchaient les veines caves de l'oreillette proprement dite, surmontant l'orifice tricuspidien.

Maladie de Raynaud traitée chirurgicalement. Contrôle artériographique des lésions. MM. A. VARAY et M. SERVELLE ont traité une maladie de Raynaud à la phase trophique et à lésions bilatérales des membres supérieurs par l'ablation bilatérale des deuxième et troisième ganglions thoraciques. Cette opération paraît préférable à la stellectomie. Le résultat fonctionnel fut parfait. Les lésions furent contrôlées avant l'intervention par une artériographie au thorotrast qui montra l'absence d'injection des collatérales internes et externes des quatre doigts ; ces lésions artériolaires sont certainement secondaires au spasme. Les auteurs se proposent de contrôler dès que possible le parfait résultat fonctionnel par une nouvelle artériographie.

Infractus du myocarde avec périodes de Luciani-Wenckenbach. MM. LOEPER, A. VARAY, P. CHASSAGNE et RUEL rapportent un nouveau cas d'infarctus du myocarde où furent observés successivement : des déformations du type T 3 avec blocage incomplet, du type 4-1 (cinquième jour) puis allongement de P R (0,28) (sixième jour) ; puis une phase de 24 heures avec période de Luciani-Wenckebach (septième jour) avec reprise du rythme sinusal (huitième jour), le tout aboutissant à un tracé du type T 3. Le caractère favorable du pronostic dans ce cas et la facilité de retour au rythme sinusal plaidant pour des lésions parcellaires ou des ischémies transitoires.

Cardiopathie congénitale complexe. Discussion rétrospective des possibilités chirurgicales. M. J. FACQUET.

Cardiopathie congénitale avec cyanose. Evolution marquée par plusieurs hémoptysies. Mort à 29 ans par tuberculose pulmonaire avec expectoration hémoptoïque et asphyxie rapide. A l'autopsie, association d'une persistance du canal artériel et d'une communication interventriculaire ; tuberculose du sommet gauche ; infarctus très nombreux disséminés dans les deux poumons.

Les auteurs discutent le rôle de la cardiopathie dans l'évolution rapidement mortelle et l'intérêt possible, dans un cas identique, de la ligature du canal artériel, intervention qui paraît actuellement bien réglée et susceptible de quelques applications, dans un nombre de cas limité.

Quelques remarques électrocardiographiques et phonocardiographiques chez le cheval normal. MM. A. CHARTON et G. MINOT.

Dans l'ensemble, les différents accidents électrocardiographiques sont obtenus au maximum par l'application des électrodes aux membres antérieur droit et postérieur gauche. L'onde auriculaire P est très souvent dédoublée (P et P' désignent les deux sommets). Aux éléments habituels du complexe ventriculaire s'ajoute fréquemment un accident supplémentaire, situé après S, toujours positif et désigné par R'. T est tantôt biphasique, tantôt positif ; les deux formes peuvent se rencontrer chez un même sujet. La durée de PQ (0,14 à 0,18 sec.) s'exagère sous l'influence de l'âge et de la fatigue (0,25 à 0,30 sec.).

Le phonocardiogramme révèle la présence de deux et parfois de trois bruits normaux. Le premier bruit est rarement constitué par un seul groupe de vibrations. La durée de ce bruit est la même quelles qu'en soient les modalités acoustiques. Son début est toujours postérieur au début du complexe ventriculaire électrique (0,02 à 0,03 sec.) après le sommet de R). Le deuxième bruit commence, en général, 0,04 à 0,06 sec. après la fin de T. La place du troisième bruit sur les tracés est fonction de la fréquence des contractions cardiaques. L'intervalle silencieux qui le sépare du deuxième bruit varie de 0,10 à 0,24 sec.

Les thromboses cardiaques intracavitaires. MM. D. ROUTIER, R. TRICOT et P. FORTIN, à propos de trois observations anatomo-cliniques, reconsidèrent le problème des thromboses cardiaques intracavitaires, qui se distinguent, à l'autopsie, des coagulations agoniques ou post-mortem. Celles-ci se divisent en deux coagula, l'un jaune clair, l'autre hématique rouge foncé se détachant sans difficulté des parois auxquelles ne les rattachent aucune adhérence. Les caillots plus anciens des thromboses, au contraire, sont gris rosé, compactes, fermes, dépourvus de toute exsudation sérique, entourés de caillots cruoriques.

Le diagnostic clinique pourrait en être suspecté au cours d'une longue période d'asystolie irréductible et il serait souhaitable qu'il

puisse être fait, car les thérapeutiques anti-coagulantes telles que l'héparine ou les anti-coagulants de synthèse, permettraient peut-être d'éviter que les caillots se multiplient entraînant un encombrement cardiaque progressif et des accidents terminaux contre lesquels toute thérapeutique semble devoir rester vaine.

La prépondérance ventriculaire. Ses rapports avec les déformations de ST et de T, les blocs de branches et les extrasystoles. MM. C. Lian, Bonamis et M. Berger montrent que dans les tracés de prépondérance ventriculaire gauche, la ligne ST est isoélectrique et le T est positif dans la majorité des cas. Quand ST et T sont déformés, il y a le plus souvent insuffisance cardiaque accentuée ou des crises angineuses : ces accidents sont bien plus rares quand ST et T normaux. Par conséquent l'état de ST et le sens de T n'entrent pas dans la constitution de la prépondérance, leurs perturbations sont contingentes et liées à ce que des altérations myocardiques ou coronariennes sont surajoutées à la prépondérance.

La prépondérance ventriculaire n'est pas un degré atténué du bloc de branches. Mais un retard léger ou marqué dans la conductibilité d'une branche terminale hisienne peut se surajouter à la prépondérance.

Ainsi la prépondérance ventriculaire gauche consiste simplement en un levogramme de grande amplitude. Les déformations de ST et de T, l'élargissement de R ou de S sont des perturbations contingentes pouvant ou non se surajouter à la prépondérance.

Dans les blocs de branches, comme dans les extra-systoles ventriculaires à tracé schématique, c'est le ventricule recevant le plus tardivement l'incitation motrice qui régit le sens du tracé.

Utilisation de l'hormone vagotrope pancréatique chez un asystolique grave hépatomégalique. M. Wahl (de Marseille).

L'observation initiale remonte à 1938 : l'asystolie accompagnée de tachyarythmie datait de nombreux mois et était due à une aortite accompagnée d'insuffisance mitrale fonctionnelle, de douleurs angineuses plusieurs fois par jour, surtout tenaces le matin. Cœur très dilaté (DT = 210 mm. D'G = 180 mm. DG' = 215 mm.) Le foie, très augmenté de volume, opaque aux rayons X, ainsi que la rate. Après 36 injections intramusculaires quotidiennes de vagotonine dosées à 0 gr. 02 par ampoule on enregistre : une diminution de volume du foie de un tiers environ ; une diminution nette du volume du cœur ; l'élévation du taux de la tension artérielle ; une plus grande régularité et un ralentissement du pouls ; la sédation des manifestations angineuses qui persista complète encore une vingtaine de jours.

Il faut souligner la survie actuelle et l'amélioration persistante du malade qui se soumet plusieurs fois l'an au traitement par la vagotonine. Son pouls est presque régulier, sa tension artérielle actuelle de 16,9. On note une diminution bien marquée du volume des cavités cardiaques.

Les propriétés non seulement trophiques, mais hépato-constrictives (par neurotonisme vagal) de la vagotonine paraissent rendre compte des effets du traitement.

Myocardite primitive. MM. de Brux et A. Dalous rapportent un cas d'insuffisance cardiaque curable par myocardie qu'ils attribuent à l'abus des sports et à la restriction des hydrates de carbone dans l'alimentation.

ANALYSES

Le balancier gastrique en semiologie abdominale, par A. Bernard *Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 8, 62e année), 16 avril 1944.

Fixé seulement à ses deux extrémités par le cardia et le duodénum, l'estomac subit les influences déprimantes ou rétractiles des viscères voisins. Grâce à sa mobilité, il constitue un balancier d'une très grande sensibilité qui met en évidence les déformations parfois minimes des organes abdominaux voisins.

Cliniquement, il est assez difficile d'apprécier les changements de position de l'estomac. Pour les vérifier avec exactitude il faut avoir recours à la radiologie qui donne seule des renseignements précis.

L'auteur rappelle les repères fournis par la colonne vertébrale, ils sont généralement exacts, dans la mesure où la fixité du cardia et du duodénum n'est pas modifiée par une ptose.

Voici ces repères :

Cardia = deuxième vertèbre dorsale.

Pylore et bulbe duodénal = flanc droit de L II et L III, parfois la ligne médiane.

Petite courbure = bord gauche de la colonne vertébrale.

Grande courbure = verticale passant par le mamelon gauche.

Bas fond : il est sous-jacent aux crêtes iliaques ou les affleure chez des individus de taille moyenne. Il peut tomber sous la ligne interiliaque chez les long lignes.

Les déplacements de l'estomac peuvent se faire dans toutes les directions, l'auteur les indique dans le tableau schématique suivant :

Estomac dévié en haut:

1° Foie cancéreux, infectieux, congestif, kyste hydatique, abcès sens phrénique droit.
2° Vésicule biliaire dilatée.
3° Hypertrophie de la tête du pancréas.
4° Angle colique droit distendu.
5° Ganglions lombo-aortiques droits.
6° Rein droit.

Estomac dévié à droite:

1° Rate infectieuse, leucémique, hémolytique, kystique, néoplasique.
2° Colon gauche distendu. Aérocolies.
3° Tuméfaction du corps de la queue du pancréas.
4° Hypertrophie rein et surrénales gauches.
5° Abcès sous-phrénique gauche.

Estomac dévié en avant:

1° Hypertrophie tête du pancréas.
2° Collection de l'arrière cavité des épiploons.
3° Abcès sous-phrénique gauche et angle splénique distendu.
4° Hypertrophie du rein gauche.

Estomac dévié en haut:

1° Utérus gravide, fibromateux.
2° Kyste et cancer végétant de l'ovaire.
3° Ascite.

Du très intéressant travail de M. Bernard et des nombreuses observations qu'il rapporte, on doit retenir que l'étude radiologique des déviations de l'estomac peut donner des renseignements de valeur dans l'étude des tuméfactions et des collections de l'abdomen.

Toutefois les modifications de forme et de position de l'estomac ne suffisent pas à établir un diagnostic précis de compression extrinsèque par tel ou tel organe. Elles permettent seulement de soupçonner le ou les viscères responsables de la déviation.

Pour compléter le diagnostic il faut faire appel à la clinique et aux méthodes complémentaires (lavement baryté, pyélographie, cholécystographie) qui achèveront de poser un diagnostic précis. — M. L. S.

Traitement chirurgical de la maladie de Raynaud. — MM. Charbonnel et L. Massé (*Bordeaux Chirurgical*. T. IV. Décembre 1942, p. 240 à 248).

Les auteurs, chargés d'un rapport à la séance commune de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux et de la Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, publient une importante étude.

Après un aperçu général, ils passent en revue :

1° *Les opérations sympathiques.* — Aux membres supérieurs, les sympathectomies artérielles ; les sections et résections de la chaîne thoracique supérieure. — Aux membres inférieurs : les gangliectomies lombaires ; la résection basse du cordon nerveux « Interlombo sacré » ; les splanchnicectomies ; les opérations sympathiques associées.

2° *Les opérations endocriniennes :* parathyroïdectomies, surrénalectomies, l'action sur l'hypophyse et l'action sur le pancréas.

On doit retenir leurs conclusions :

« En somme, quand on a fait le tour des traitements chirurgicaux proposés contre la maladie de Raynaud, on se rend compte qu'à l'usage il reste ceci :

a) *Contre une maladie qui en elle-même n'a pas de gravité, immédiate surtout, il faut d'abord employer les traitements médicaux et étiologiques*, dont Mauriac et Fontan ont parlé dans leurs rapports.

b) *Mais s'ils échouent, il ne faut pas attendre que la maladie soit invétérée et au point « où l'anatomique succède au fonctionnel » pour penser à une intervention, car, pour bénigne qu'elle soit en elle-même au début, la maladie de Raynaud peut, à la longue — et nous en connaissons personnellement deux cas qui nous touchent de près — finir par retentir sur la circulation générale*, se compliquer d'hypertension et se terminer par asystolie : il s'agit bien d'une évolution progressive du mal, d'une conséquence et non d'une coïncidence.

c) *La chirurgie — toujours dans l'idée qu'il s'agit d'une maladie plus gênante que vitale — doit d'abord essayer les infiltrations novocaïniques, cervicales (stellaires), lombaires. Ces infiltrations*, répétées, sont capables de donner des résultats souvent prolongés (de Fourmestraux) ; *elles sont en même temps le meilleur « test »* (White. Leriche, Kohlmayer) *de l'action probable de l'acte chirurgical.*

Il ne serait peut-être pas inutile d'adjoindre aux infiltrations stellaires et caténaires des infiltrations le long des petites artères (Leriche).

d) *Si on opère, le choix est à faire entre la sympathectomie artérielle (qu'on fera haute et longue, uni ou bilatérale, triple ou quadruple en plusieurs temps) et les résections ganglio-caténaires.*

La sympathectomie artérielle, peu grave, reste une bonne opération, adaptée à une maladie relativement bénigne. Elle donne à peu de frais des résultats, et des résultats éloignés qui soutiennent la comparaison avec ceux des *gangliectomies*, car il *reste à démontrer péremptoirement que ces opérations dites « hautes »*, certainement plus sérieuses et quoique passées aujourd'hui dans la pratique avec un minimum d'accidents opératoires et de décès, *valent beaucoup mieux et donnent toujours de meilleurs succès :* ce qui ne ressort pas de l'étude à laquelle nous nous sommes livrés, de ce que nous avons lu et vu nous-mêmes.

Les gangliectomies lombaires donnent de meilleurs résultats que les cervico-thoraciques : nous avons dit pourquoi. *Les opérations sur les splanchniques et sur les endocrines sont à rejeter.*

e) Mais avant toute opération, une étude complète du malade, une enquête étiologique serrée, enfin une exploration très poussée de son système artériel *évitera de ne pas prendre pour une maladie de Raynaud ce qui n'est, par exemple qu'une artérite ;* sinon on fausserait à la base toute juste appréciation des résultats thérapeutiques surtout éloignés. Cette confusion est fréquente, et c'est elle qui a limité beaucoup la sélection des observations qui ont servi de base à cette étude. »

L. G.

La place du biscuit dans la lutte contre les accidents de la sous-alimentation, par M. H. Gounelle (du Val-de-Grâce)). *Bulletin médical* n° 7, 1er avril 1944.

L'auteur traduit d'abord la préoccupation actuelle du médecin praticien lorsqu'un sujet sous-alimenté, citadin peu fortuné et non ravitaillé par des parents campagnards, vient le consulter. Comment compléter utilement la ration déficitaire ?

« On se trouve réduit à prescrire le régime de suralimentation qui apporte, en plus de la carte T, 45 gr. de viande et 15 gr. de matières grasses par jour ». C'est insuffisant, aussi l'auteur propose-t-il le biscuit qui, grâce au Professeur Lapicque (Acad. de méd. 2-6-42) a échappé à l'interdiction qui le menaçait.

M. Gounelle insiste sur la grande valeur alimentaire du biscuit :

« Energétiquement, écrit-il, le biscuit est un aliment très riche ; aux 100 gr., il apporte actuellement de 390 à 430 calories en face des 200 calories du pain de quatre livres, type 1942 (3). Une bonne qualité comporte 75 gr. de farine blanche (blutée à 80 p. 100), 24 gr. de sucre et 12 gr. de matières grasses (beurre, margarine ou végétaline). En principes alimentaires, ce biscuit comporte 80 p. 100 de glucides, 12 p. 100 de lipides et 8 p. 100 de protides. Somme toute, compte tenu de la teneur un peu faible en azote, c'est un aliment bien équilibré. On l'améliore si l'on y ajoute un apport azoté comme la caséine du biscuit caséiné du Secours National distribué dans les écoles et qui contient 17 p. 100 de protides. Malheureusement, la situation actuelle a fait diminuer le taux des matières grasses dans certains biscuits de qualité ordinaire où ce taux ne dépasse plus 3 p. 100.

« Nous avons par ailleurs (Soc. méd. hôp. 22-10-43), à l'occasion de travaux sur l'œdème de dénutrition, souligné combien l'ingestion d'eau constituait dans l'organisme du dénutri, une cause favorisante à l'établissement de l'œdème. Le biscuit, aliment presque complètement sec (teneur en eau 3 à 5 p. 100, avant guerre 2 p. 100) échappe à cet inconvénient et s'avère chez les malades menacés d'œdème, un excellent complément alimentaire.

« La digestibilité du biscuit est parfaite. La farine qu'il contient étant extraite à 80 p. 100, le son mal toléré par le tube digestif, en dehors même du dyspeptique, se trouve donc éliminé. Le biscuit ne conditionne pas des états diarréiques comme le pain actuel en provoque si fréquemment .

« La poudre biscuitée ne détermine pas non plus ce météorisme abdominal si répandu à l'heure actuelle. Sa digestion se trouve facilitée du fait que lors de la cuisson, la chaleur en certains points atteignant 350° en surface, une petite part de l'amidon insoluble se trouve transformée en dextrine soluble. Mais cette transformation reste relativement minime, et la raison de la meilleure digestibilité du biscuit provient de ce que le biscuit s'effrite très facilement sous l'influence de l'humidité. Cet effritement favorise au plus haut point la pénétration et l'action des sucs digestifs, qui ont beaucoup plus de peine à pénétrer à l'intérieur de la boulette de mie de pain humectée qui reste peu perméable.

« Une objection d'ordre économique est celle de la relative cherté du produit. Et cependant, si l'on compare le prix du biscuit à sa valeur nutritive, on se rend compte que cet aliment est vraiment bon marché. A 27 francs le kilo (prix d'avril 1942), le biscuit, sans doute moins économique que le pain et la pomme de terre, apporte, à prix égal, 4,4 fois plus de calories que la viande, 5,6 fois plus que le poisson et 5,3 fois plus que le chou-fleur. L'instinct populaire ne s'y est pas trompé et les ventes les plus élevées de biscuits sont relevées dans les agglomérations ouvrières : Aubervilliers, Pantin, Saint-Denis, etc., ou à Paris, dans les quartiers ouvriers de Belleville, de la rue de la Gaîté et de la rue Mouffetard.

« Une autre objection, que certains pourraient croire fondamentale, réside dans le fait que la vente du biscuit ne s'opère que contre remise de tickets et qu'il faut 180 gr. de tickets de pain pour 100 gr. de biscuit. Un simple calcul sur les valeurs nutritives brutes respectives de 100 gr. de biscuits de bonne qualité et de 180 gr. de pain 1942 montre qu'il y a identité calorique.

« Ces considérations théoriques concordent pour faire reconnaître au biscuit une valeur alimentaire remarquable... »

En terminant, l'auteur se demande si, au lieu d'augmenter la ration quotidienne de pain de 25 gr., comme le ravitaillement vient de le faire, il ne serait pas plus utile de remettre à la biscuiterie la quantité de farine correspondante. La santé des enfants et de beaucoup d'adultes sous-alimentés y trouverait un réel bénéfice. On ne peut que partager l'opinion si autorisée de M. Gounelle. L. G.

Les dents et le problème de l'infection focale, par le Dr U. Rheinwald. *Zentralblatt für innere Medizin*, 23-30 janvier 1943.

Le problème de l'infection focale est important en stomatologie parce qu'il peut modifier profondément des tendances conservatrices en thérapeutique, par ailleurs légitimes. Nombreux sont les moyens proposés pour y parer ; aucun ne protège à coup sûr contre un foyer peu bruyant et pourtant nocif, dont la mise en évidence sera souvent délicate. Toute dent morte est un danger d'infection ; aucune pulpe infectée n'a de certitude d'échapper à l'infection chronique.

Bon gré mal gré il faudra toujours en arriver à l'avulsion et à l'avulsion totale de tous les éléments infectés sans se borner à une partie d'entre eux.

Les conséquences de cette doctrine sont nombreuses tant dans le domaine médical que dans le domaine médico-social. R. L.

HYGIÈNE PUBLIQUE

UNE NOUVELLE CHARTE DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE dans le Département de la Seine

La recrudescence de la tuberculose dans le département de la Seine exige qu'une impulsion nouvelle soit donnée à la lutte contre ce fléau. Des efforts considérables ont déjà été réalisés ; ils se sont avérés insuffisants. D'autres mesures étaient à prendre ; elles constituaient une des tâches les plus urgentes de l'heure.

M. René Bouffet, Préfet de la Seine, a constitué, le 15 juillet 1943, une Commission d'études chargée d'établir un plan d'organisation de la lutte antituberculeuse. Elle comprenait, sous la présidence de M. le Préfet de la Seine : MM. Victor Constant, président du Conseil départemental ; Alfred Bour, rapporteur général du budget ; Fillon, président de la 2e Commission ; Brodin, conseiller départemental, membre de la 2e Commission ; le Directeur général de l'Assistance publique ; le représentant de M. le Directeur régional à la Santé et à l'Assistance ; le Directeur général des Finances ; le Directeur des Affaires départementales ; le Directeur de l'Office public d'hygiène sociale ; Grimald, directeur de l'Union des Caisses d'assurances sociales ; le représentant de M. le Préfet de Police ; le professeur Troisier, professeur de clinique de la tuberculose, membre de l'Académie de médecine ; le docteur Brouet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; le docteur Bariéty, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; le docteur Courcoux, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; le docteur Kourilsky, médecin chef de service à l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches ; le docteur Renaud, médecin-directeur du sanatorium de la Tuyolle; le docteur Herrenschmidt, médecin chef de dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale ; Lucien Viborel, directeur de l'éducation sanitaire au Comité national de défense contre la tuberculose.

Cette Commission s'est réunie sous la présidence effective du Préfet. En moins de deux mois, grâce à la science, à l'autorité et au dévouement de ses membres, elle a terminé ses travaux, ayant élaboré la Charte nouvelle de la lutte antituberculeuse dans le département de la Seine.

En même temps, à la demande du Préfet, l'Administration générale de l'Assistance publique et l'Office public d'hygiène sociale ont adressé, en plein accord, un programme traduisant sur le plan administratif les principes édictés par cette charte.

Le 22 décembre 1943, le Conseil départemental a été saisi de ces textes. A l'unanimité, il a donné un avis conforme aux propositions qui lui étaient faites.

Le 21 janvier 1944, M. le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille a approuvé entièrement dans leur ensemble les mesures envisagées.

De leur côté, l'Administration générale de l'Assistance publique et l'Office public d'hygiène sociale se sont mis d'accord sur la répartition géographique des secteurs de phtisiologie.

Enfin, le 1er février 1944, M. René Bouffet, achevant de créer les organismes prévus, a constitué le Comité départemental antituberculeux, la Commission médicale consultative et a désigné les membres de ces deux organismes. Ainsi, se trouve réalisée l'unité de la lutte antituberculeuse, que réclament depuis si longtemps le Corps médical et l'Administration.

Il a paru opportun de porter à la connaissance des médecins et de tous ceux qui se sont donné pour mission de lutter contre la tuberculose les textes fondamentaux qui forment l'ensemble de la Charte antituberculeuse. Les voici résumés dans leurs grandes lignes :

Rapport présenté au nom de la sous-commission médicale et adopté à l'unanimité par la commission chargée d'établir un plan d'organisation de la lutte antituberculeuse.

Ce rapport, que le manque de place ne nous permet malheureusement de donner *in extenso*, étudie successivement :

I. — *Les principes scientifiques de la lutte antituberculeuse.*

II. — *Le dépistage systématique et le diagnostic précoce.*

III. — *La réorganisation départementale de la lutte antituberculeuse.*

Traitement rapide, hospitalisation pendant le temps nécessaire, cure sanatoriale, unité des soins médicaux, posent un problème initial dont la solution préalable est absolument indispensable : c'est la coordination effective, sous direction médicale, des différents services qui s'occupent de la lutte antituberculeuse et la mise en place des moyens matériels suffisants.

1° La réorganisation que nous envisageons exige l'unification, sous l'autorité du Préfet, de la Direction départementale de la lutte antituberculeuse et l'institution, à ses côtés, d'un Comité départemental de la lutte antituberculeuse qui aurait à connaître de toutes les questions intéressant la conduite de celle-ci dans le département, et à orienter l'action des Pouvoirs publics dans ce domaine.

Ce Comité serait composé d'administrateurs et de médecins.

A côté du Comité départemental serait instituée une Commission médicale chargée de formuler les directives d'ordre technique pour l'organisation et la conduite de la lutte antituberculeuse, notamment en ce qui concerne le placement des malades, le recrutement et l'affectation des médecins ainsi que leur activité technique, les constructions nouvelles, etc.

Cette Commission comprendrait au maximum vingt membres et serait composée essentiellement des médecins chefs de centre de phtisiologie, des chirurgiens chefs des services spécialisés, de médecins de dispensaires et de sanatoriums. Elle comprendrait, en outre, le représentant de l'Ordre des médecins, un médecin d'enfants et des personnalités médicales choisies en fonction de leurs titres. Les membres de la Commission seraient désignés par le Préfet, sur proposition du Directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

La Commission médicale pourrait, en outre, s'adjoindre, à titre consultatif, toutes personnalités dont l'avis pourrait être jugé nécessaire, telles que les représentants de la médecine, du travail, de l'hygiène, etc.

Cette Commission médicale ainsi définie aurait la souplesse et l'information suffisantes pour aider le Comité et la Direction de la lutte antituberculeuse à résoudre les problèmes nouveaux qui peuvent se poser. Il est impossible, en effet, de penser tout régler de la lutte antituberculeuse d'une façon unique et définitive.

Ajoutons que cette Commission médicale faciliterait certainement les rapports à tous les échelons avec les médecins praticiens dont la collaboration est indispensable.

2° Pour intensifier la lutte antituberculeuse, pour lui donner son plein rendement et pour coordonner dans le temps et dans l'espace les différents services, le département de la Seine serait divisé en secteurs de lutte antituberculeuse (huit à dix).

Chaque secteur comprendrait :

a) Un centre de phtisiologie avec service d'hospitalisation dans un hôpital de l'Assistance publique : c'est l'ancien centre de triage ;

b) Des éléments avancés : les dispensaires des circonscriptions qui en dépendent ;

c) Des éléments reculés : un certain nombre de lits dans les différents sanatoriums.

Le médecin chef du centre de phtisiologie est le médecin consultant de la lutte antituberculeuse du secteur : il a sous son autorité médicale les organismes qui l'assurent ; il inspecte les dispensaires de sa circonscription et les sanatoriums qui relèvent de lui.

a) Il dépiste : à ce titre il connaît obligatoirement les dépistages systématiques effectués dans sa circonscription par quelque organisme que ce soit et reçoit, pour premier avis, certains cas litigieux ;

b) Il décide le placement direct de certains malades après contre-visite du centre et dirige les autres sur le centre de phtisiologie pour hospitalisation ;

c) Il peut être amené dans des conditions définies à faire certains traitements ambulatoires ;

d) Il assure la prophylaxie familiale et sociale ;

e) Il sert de centre de contrôle pour les Assurances sociales.

Pour répondre à toutes ces tâches, la qualité des médecins de dispensaires doit être extrêmement surveillée, leur situation transformée, le nombre des auxiliaires sociales augmenté.

4° Le centre de phtisiologie, qui dispose de moyens techniques et hospitaliers irremplaçables :

a) Complète les diagnostics difficiles qui lui sont adressés par les dispensaires ;

b) Il institue d'urgence les traitements des malades nouvellement dépistés qui n'auront pu être envoyés immédiatement en sanatorium ; il les hospitalise pendant le temps nécessaire ;

c) En outre, le centre hospitalise et traite les malades ambulatoires chez qui surviennent des complications ;

d) Il est chargé des contre-visites avant départ en sanatorium ;

e) Son médecin-chef peut y suivre avec le médecin-directeur des sanatoriums qu'il inspecte le traitement des malades qu'il a commencé à soigner, et qui y sont hospitalisés dans les lits dépendant du centre.

5° Les sanatoriums :

Idéalement, le sanatorium devrait recevoir très rapidement les nouveaux malades afin que toute la série du traitement collapsothérapique (pneumothorax, section de brides, etc.) puisse être faite au même endroit, par le même médecin.

Pour bien des raisons, cet idéal ne peut être réalisé dès maintenant. De plus, nous nous trouvons actuellement devant une nécessité : débarrasser les centres d'hospitalisation et les sanatoriums des chroniques qui les encombrent pour permettre l'hospitalisation et le traitement rapide des malades « frais ».

D'où l'urgence :

a) D'augmenter sans retard le nombre des lits d'hospitalisation en créant immédiatement un ou deux nouveaux centres de phtisiologie ;

b) De reclasser les sanatoriums existants en fonction de leur installation technique.

6° Dès maintenant, cependant, on peut réaliser l'unification des dossiers et des demandes de placement ; comme aussi le livret sanitaire individuel dont la mise à jour, à chaque étape du traitement, évitera le double emploi et la répétition onéreuse de certains examens ;

7° Le nombre et l'emplacement des services chirurgicaux pulmonaires et ostéo-articulaires seront fixés après entente avec les chirurgiens compétents ;

8° La question si importante des préventoriums méritera une étude particulière...

IV. — *La prophylaxie antituberculeuse.*

Le traitement rapide des malades nouvellement dépistés est une œuvre prophylaxique au premier chef : d'abord parce qu'il stérilise fréquemment leur expectoration et les rend ainsi non contagieux, ensuite parce qu'il a chance, dans une large mesure, d'éviter chez eux les séquelles fibreuses. Un pourcentage élevé des sommes dépensées au traitement et à l'hospitalisation des tuberculeux devrait donc, en stricte justice, être porté à l'actif de la prophylaxie.

Cependant, il restera toujours des malades chroniques et, de plus, l'écart entre nos possibilités sanatoriales françaises (25.000 lits environ) et le nombre des tuberculeux (300.000 environ) laissera longtemps à leur foyer ou dans la vie sociale une grosse masse de bacillaires. Des mesures prophylactiques sont donc à prendre à leur endroit :

1° L'éducation du malade, de sa famille et même de certains médecins traitants est à faire ou à poursuivre.

La cure libre doit être codifiée. Les logements sanatoriaux peuvent être augmentés, à condition de s'adresser à des malades paucibacillaires, disciplinés, et acceptant de se soumettre à une surveillance permanente.

Cracher en public doit être un délit, puni par une amende immédiate.

2° Théoriquement souhaitable en principe, la déclaration obligatoire de la tuberculose ne pourrait être édictée sans une préparation psychologique préalable. Au demeurant, elle n'aurait pas immédiatement une vertu opérante. Pour le moment, l'important est d'intensifier le dépistage, et de prendre des mesures urgentes capables de protéger l'enfance et l'adolescence.

Par analogie avec les règlements établis pour la syphilis, on pourrait cependant exiger dès maintenant la déclaration nominative dans les cas où le malade refuse de se soigner et fait courir un danger aux enfants. Même obligation devrait être étendue aux personnes employées dans l'enseignement, l'hôtellerie ou les commerces d'alimentation. Cette déclaration serait faite à un médecin représentant l'autorité sanitaire.

Il faut savoir d'ailleurs, comme le docteur Fourestier le soulignait, que la déclaration obligatoire imposerait au préalable à la société certains devoirs précis : possibilité de soins et d'hospitalisation pour tous, dispositions financières susceptibles d'assurer au malade les moyens de cure, et à sa famille la subsistance.

3° Dans la prévention de la maladie, une part des efforts doit porter également sur tout ce qui peut améliorer le terrain et augmenter la résistance des sujets vis-à-vis de l'infection : d'où la nécessité d'une politique :

a) De logement :

b) De développement physique harmonieux ;

c) De l'hygiène générale.

V. — La réadaptation professionnelle des malades guéris.

De cette question, qui nécessitera de nouvelles études, nous ne pouvons donner que les lignes directrices.

La réadaptation dépend des séquelles résiduelles et du caractère plus ou moins fatigant du métier. Elle se pose différemment :

a) Au sanatorium (sous certaines conditions) ;

b) Dans le cadre professionnel : il y a intérêt à ne pas sortir le malade de ses habitudes ; mais on peut, pour certains, envisager un travail à temps limité (comme cela se fait à la S.N.C.F.). De toute façon, une surveillance médicale doit s'exercer, pour laquelle on devra coordonner l'action des Assurances sociales, des dispensaires et des médecins du travail.

Conclusions.

« Messieurs, nous avons terminé. Vous avez vu, chemin faisant, le nombre et l'ampleur des problèmes que nous avons évoqués. A leur sujet, nous ne vous apportons, évidemment, que des directives générales. C'était l'objet propre de notre mission. Aussi bien, dans le court espace de temps dont nous disposons, nous n'aurions pas pu vous soumettre une étude plus fouillée.

Il s'agit maintenant de réaliser.

Comme plan de travail, et par ordre de priorité, nous vous proposons :

1° De prendre nettement position sur notre projet de réorganisation départementale de la lutte antituberculeuse ;

2° De demander la création immédiate de nouveaux lits de phtisiologie ;

3° De prospecter les lits récupérables et de procéder au reclassement des établissements existants ;

4° De rédiger les textes codifiant pour le moment le dépistage, la prophylaxie, la réadaptation, après avoir étudié les incidences administratives et financières de ces mesures.

Nous émettons enfin le vœu que dans la réorganisation générale de la lutte antituberculeuse, une place soit faite à la recherche scientifique, afin de susciter de nouveaux moyens de détection et de traitement. »

Communication commune de l'Administration générale de l'Assistance publique et de l'Office public d'hygiène sociale relative aux décisions à prendre sur le plan administratif pour l'application de la nouvelle organisation antituberculeuse.

Principes essentiels.

Le département de la Seine est doté d'une nouvelle charte de lutte antituberculeuse conforme aux principes médicaux définis par le rapport adopté à l'unanimité par la Commission chargée d'établir un plan d'organisation de la lutte antituberculeuse.

Les moyens de lutte antituberculeuse sont concentrés entre les mains du Préfet et leur emploi est confié à un organisme départemental.

Pour conseiller l'Administration sur toutes les questions concernant l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le département, il est créé un Comité départemental de la tuberculose et une Commission médicale consultative.

La composition du Comité départemental et de la Commission médicale est fixée par le Préfet qui désigne les membres de ces deux Assemblées.

Création de secteurs de phtisiologie.

Paris et le département de la Seine sont divisés en sept secteurs géographiques de phtisiologie.

Les dispensaires inscrits dans chacun de ces secteurs sont rattachés à chacun des centres de phtisiologie déjà en fonctionnement dans les hôpitaux de l'Assistance publique sous le vocable de centres de triage.

A compter de la mise en application de la réforme, ces centres prendront la dénomination de centres de phtisiologie de secteur.

Il est bien entendu que si de nouveaux centres sont créés, un nouvel aménagement de secteurs sera réalisé.

Les centres de phtisiologie de secteur.

La direction médicale de chacun de ces centres est assurée par un médecins des hôpitaux qui prend en outre le titre de « médecin chef de secteur de phtisiologie ». Ce médecin chef est le chef du service de phisiologie en exercice dans les hôpitaux où existent ces centres.

Le centre de phtisiologie de secteur hospitalisera les malades dépistés par les dispensaires et pour lesquels une mise en observation ou un traitement immédiat sera reconnu nécessaire.

Le rôle du médecin chef du centre de phtiliologie.

Le médecin chef est désigné par le Préfet de la Seine et choisi parmi les médecins des hôpitaux, chefs de services en exercice dans les centres dits actuellement de triage. Sa désignation par le Préfet ne concerne que ses attributions en tant que chef médicalement responsable de la lutte antituberculeuse de son secteur.

Cette désignation ne modifie en rien le statut personnel et les attributions qu'il tient de son titre de médecin des hôpitaux. Il est rétribué, en cette qualité, sur le budget du département.

Le médecin chef du centre de phtisiologie remplit personnellement les fonctions suivantes :

Il assure la direction médicale du centre de secteur ;

Il inspecte le fonctionnement médical des dispensaires de son secteur;

Il décide du placement des malades en établissements de cure, ainsi que des prolongations de séjour qui pourraient être nécessaires ;

Il assure les contre-visites soit sur pièces, soit par examen direct, des malades qui pourront partir dans les sanatoriums ou établissements de cure sans être admis au préalable au centre de phtisiologie ;

Il a à connaître de l'activité et des qualités techniques des médecins des dispensaires de dépistage.

Les médecins chefs des centres de phtisiologie assurent en outre l'inspection médicale de l'ensemble des établissements de cure, de traitement ou de préservation, dans les conditions qui seront fixées par le Comité départemental de la tuberculose.

Les admissions dans les centres.

L'admission des malades dans les « centres de phtisiologie de secteur » devra être faite dans les conditions habituelles, mais dans le plus bref délai possible.

Les placements en sanatoriums.

Tous les placements dans les sanatoriums, y compris les sanatoriums de Champcueil, Champrosay, La Bruyère et Angicourt, qui appartiennent à l'Assistance publique, seront désormais effectués par l'Office public d'hygiène sociale.

Sanatoriums de l'Assistance publique.

On peut d'ailleurs envisager dès maintenant, que les quatre sanatoriums cités plus haut, actuellement gérés par l'Assistance publique, pourront être ultérieurement gérés par l'Office d'hygiène sociale, dans des conditions à déterminer après entente entre les deux administrations intéressées.

Dispensaire de l'Assistance publique.

Les malades tuberculeux dépistés dans les services ou dans les consultations externes de l'Assistance publique seront signalés au dispensaire de leur circonscription et au fichier médico-social, en vue de leur prise en charge.

Mise en application de la nouvelle organisation.

On peut envisager que la mise en place des organismes qui viennent d'être énumérés pourra être effectuée dans un délai assez rapproché. Vraisemblablement au début de l'année prochaine.

Ainsi sera réalisé l'organisme cohérent de lutte antituberculeuse réclamé par tous depuis longtemps. Cette organisation rationnelle donnera aux médecins toutes les possibilités de contrôle sur la marche de la maladie en leur permettant la surveillance constante des malades qu'ils auront examinés à l'origine et assurera à l'Administration la possibilité de coordonner effectivement les efforts jusque-là dispersés et d'utiliser au maximum les crédits mis à sa disposition.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie pathologique et Chirurgie des Artères. R. Leriche. Masson, édit., 1943, 329 p.

Ce livre représente le cours professé l'an dernier au Collège de France par le professeur Leriche. Il n'est que le premier d'une série de trois volumes dans lesquels seront envisagées les maladies chirurgicales des vaisseaux.

Pour essayer de comprendre les ressorts secrets des symptômes ou de l'évolution de ces maladies, l'auteur s'est efforcé de dégager les manifestations de la vie propre des tissus constitutifs des vaisseaux.

C'est ainsi qu'il est amené à étudier, dans un chapitre tout à fait inédit, la vie tissulaire et la vie végétative des artères sur l'homme.

La physiologie des divers éléments de la paroi artérielle, la vaso-motricité vue sous l'angle chirurgical, l'étude des ligatures artérielles, de la suture artérielle, de la méthode sympathique dans la chirurgie artérielle, autant de chapitres riches de faits, d'observations personnelles qui montrent la part considérable prise par l'auteur dans ce chapitre encore incomplètement exploré de la vie des tissus. P. L.

Les dissolutions de la mémoire, par Jean Delay, préface du Professeur Pierre Janet. Paris, Presses Universitaires de France, 1942.

Le très important volume de M. Delay mériterait une très longue analyse que ne nous permettent malheureusement pas les circonstances.

Après un coup d'œil sur les mémoires et la fonction mnétique, l'auteur étudie les dissolutions neurologiques (agnosies, apraxies), les aphasies, les dissolutions psychiatriques (amnésies de fixation, d'évocation, inconscience du temps), les libérations de la mémoire artistique et enfin la genèse des dissolutions. R. L.

Précis de séméiologie médicale élémentaire, par P. Rimbaud, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, chargé d'enseignement de propédeutique médicale. Un volume in-8° de 282 pages avec 142 figures en noir dans le texte et 17 figures dont 9 en couleurs hors-texte. 145 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1944.

Au début des études médicales, un livre de séméiologie est un guide indispensable. Plus tard, dans le courant de la vie professionnelle, il continue à rendre de fréquents services. Il faut donc remercier M. le Professeur agrégé Pierre Rimbaud de nous apporter aujourd'hui, avec son *Précis de Séméiologie médicale élémentaire*, un ouvrage parfaitement au point, répondant à toutes les questions que peut avoir à poser un débutant, et comblant heureusement les lacunes inévitables de l'enseignement oral.

On remarquera particulièrement les chapitres consacrés à l'appareil cardio-vasculaire, à l'appareil respiratoire et au système nerveux. Qu'il s'agisse de ces chapitres ou de ceux consacrés aux maladies du foie et du rein, on notera avec quel soin l'auteur, par des rappels anatomiques ou physiologiques, s'applique à éclairer le lecteur et à lui faciliter son travail. Ajoutons que M. Rimbaud a fait appel au Dr Gondard pour la rédaction de la séméiologie digestive. Ainsi, ce difficile chapitre se trouve-t-il confié au plus compétent des collaborateurs.

Ces quelques indications montrent le souci de l'auteur de faire œuvre utile. Il ne ménage ni les schémas, ni les reproductions de radiographies. A cet égard, M. Doin s'est montré, comme il en a l'habitude, un éditeur somptueux et il a contribué grandement à rendre la lecture de son livre attrayante et facile.

La présentation est donc digne de l'auteur qui a pu nous montrer une fois de plus la clarté de son esprit et son remarquable talent d'exposition. Cela ne saurait nous étonner, M. Pierre Rimbaud a de qui tenir et on peut compter sur lui pour maintenir les grandes traditions de la vieille université de Montpellier. F. L. S.

Laryngite chronique et laryngopathies, par Jean Tarneaud, laryngologiste de l'hôpital Bellan, et du Conservatoire National de Musique de Paris. Un volume broché, format 16×25 cm., 140 pages. Prix 70 fr., Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6°.

L'Urémie, par H. Chabanier et C. Lobo-Onell. Préface du Professeur Jean Tapie. Un volume in-8° de 110 pages, 80 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1944.

Dans cette monographie, qui est la conclusion de recherches qu'ils poursuivent depuis 1912, sur la question de l'urémie, les auteurs ont condensé la substance de conférences faites dans le service du Professeur Tapie, ainsi que devant la Société Médicale de Pau.

L'urémie y est étudiée aux trois points de vue de la clinique, de la pathogénie et de la thérapeutique.

L'étude clinique conduit les auteurs à élaguer du tableau de l'urémie les symptômes cardio-vasculaires, l'œdème des rénaux, et ainsi à restreindre ce tableau à celui du syndrome azotémique. Le syndrome urémique, réduit de la sorte, présente d'étroites analogies avec les autres syndromes toxiques endogènes (coma diabétique, coma hépatique), analogies qui suggèrent que ces divers syndromes pourraient reconnaître un facteur pathogénique commun.

Cette hypothèse se trouve étayée par l'étude qu'ils font de la pathogénie de l'urémie. En effet, après avoir analysé et critiqué les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer l'urémie, et montré que l'urémie n'est pas la conséquence directe de l'insuffisance rénale, ils exposent les arguments qui conduisent à admettre que: 1° l'urémie est la conséquence d'une perturbation du métabolisme protéique; 2° la même perturbation est à l'origine des autres syndromes toxiques endogènes.

Cette interprétation physiopathologique entraîne des sanctions thérapeutiques nouvelles, tant pour l'urémie que pour les autres syndromes toxiques endogènes. Les auteurs étudient les moyens qui s'offrent à nous pour enrayer la perturbation du métabolisme protéique: restriction des aliments azotés, intensification du métabolisme hydrocarboné, rechloruration, et précisent les limites de leur efficacité.

« Par la clarté qu'elle projette sur la pathogénie de l'urémie, par les nouvelles orientations qu'elle suggère, la Monographie de MM. Chabanier et Lobo-Onell doit retenir l'attention des cliniciens. Elle apporte une hypothèse de travail originale et particulièrement féconde aux physiologistes, à tous les esprits en quête de vérité ». (Pr. J. Tapie).

Sujets médicaux d'actualité. Clinique Médicale de l'Hopital Bichat. Professeur : Pasteur Vallery-Radot. Un volume in-8° de 272 pages avec 20 figures dans le texte et hors-texte : 158 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1944.

Le Professeur Pasteur-Vallery-Radot a réuni dans ce volume une série de conférences qui furent faites à la Clinique médicale de l'Hôpital Bichat par des médecins et des biologistes particulièrement compétents.

Les *hormones surrénales* sont traitées par le Professeur de Gennes, *la physiologie ovarienne* par le Professeur Courrier. Ces deux sujets d'endocrinologie si complexes sont mis au point d'une façon tout à fait remarquable.

Le Professeur Justin-Besançon, en six conférences d'un puissant intérêt, fait un exposé aussi clair qu'érudit, des questions nouvelles concernat les *avitaminoses*.

Le Professeur Petit-Dutaillis et le Dr Florent Coste exposent les *sciatiques par hernie discale* qu'ils ont particulièrement bien étudiées en ces dernières années.

Enfin, le Dr Marcel Perrault, en deux leçons, traite dans les moindres détails théoriques et pratiques la *thérapeutique par les sulfamides*.

Ce livre sera utile à tous ceux qui veulent se tenir au courant du mouvement médical actuel.

Dépôt légal 1944 : 2e trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. LE SOURD. 5-1994. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 2e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 11. — 1er JUIN 1944 — 117e ANNEE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecins des hôpitaux (6 places) *Epreuves sur titres.* — Jury : MM. Ameuille, Troisier, Tinel, Fiessinger, Faroy, Chabrol, Escalier, Degos, Bénard Henri, Rivet, Lenegre, médecins; Mouchet Alain, chirurgien.

Concours d'assistant d'obstétrique (1 place). — MM. les Docteurs : Sureau, Vignes, Lacomme, Cleisz, Ecalle, Lantuejoul, Digonnet, gynécologues-accoucheurs; Lamy, médecin; Prof. Brocq, chirurgien.

Concours d'assistant de Radiologie.

ECRIT.

ELECTROLOGIE.

Question sortie : Examen électrique avec diagnostic différentiel et traitement d'un enfant de six mois atteint d'une paralysie du plexus brachial datant de la naissance.

Questions restées dans l'urne : L'exploration électrique neuro-musculaire dans les troubles de la tonicité généralisée de l'enfance. — Examen d'une paralysie radiale due à la compression par une béquille chez un traumatisé porteur d'un cal de fracture de l'humérus du même côté. Emploi du condensateur. Schémas de montage. Comparaison des méthodes utilisant ces techniques.

RADIODIAGNOSTIC.

Question sortie : Exploration et diagnostic radiologique d'un malade atteint de compression du médiastin supérieur.

Questions restées dans l'urne : Diagnostic radiologique d'un abcès sous-phénique droit. — Radiodiagnostic des traumatismes du carpe récents et anciens.

RADIOTHÉRAPIE.

Question sortie : Indication et résultats de la radiothérapie des tumeurs du médiastin.

Questions restées dans l'urne : Radiothérapie des tumeurs malignes du testicule. — Radiothérapie de la maladie Basedow.

Hospice national des Quinze-Vingts. Il sera ouvert à la clinique ophtalmologique de l'hôpital national des Quinze-Vingts, à partir du 26 juin 1944 :

1° Un *concours* pour deux emplois *d'assistants de clinique;*

2° Un *concours* pour deux emplois, au moins, *d'assistants de clinique adjoints;*

3° Un *concours* pour sept emplois, au moins, d'*aides de clinique*, dont deux au titre étranger.

Renseignements et inscriptions au secrétariat de l'hospice, 28, rue de Charenton, tous les jours, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h. samedis après-midi, dimanches et jours fériés exceptés. Clôture des inscriptions un mois avant la date des épreuves du 1er concours. (*J. O.* 30 avril 1944.)

Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris.

Un *concours sur tit[illegible]* sera ouvert le lundi 10 juillet 1944 pour l[illegible] [illegible]mation aux postes de *Médecins-Chefs des Dispen[illegible]aires de Vénéréologie* de Beaumont-sur-Oise, Corbeil, Ermont, Mantes et Rambouillet.

Inscriptions. — [illegible]es candidats déposeront leur dossier à la Direct[illegible]n Générale de la Santé et de l'Assistance à Paris, [illegible], avenue Victoria, avant le 25 juin 1944.

Honoraires. — Les Médecins-Chefs des Dispensaires sus-indiqués reçoivent les vacations suivantes : 225 fr. à Ermont; 250 fr. à Beaumont-sur-Oise, Corbeil, Mantes, Rambouillet. Les frais de déplacement leur sont remboursés.

Renseignements. — Toutes indications seront fournies aux candidats par le Secrétariat de la Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris, 1, avenue Victoria.

Hôpitaux de province.

Nancy. — M. P. Louyot a été nommé médecin des hôpitaux.

Sont nommés Assistants de médecine : MM. L. Pierquin, F. Heully, Herbeuval et P. Briquel.

Sont nommés Assistants de chirurgie : MM. Bergeron et Godot.

Sont reclassés comme spécialistes des hôpitaux. — *Oto-rhino-laryngologie* : M. P. Aubriot. — *Biologie médicale* : M. M. Verain.

Sont reclassés comme assistants des hôpitaux. — *Médecine* : MM. A. Remy, Fr. Hushalter et G. Grandpierre. — *Chirurgie* : MM. P. Corret, P. André, P. Bertrand et A. Beau. — *Gynécologie-Obstétrique* : MM. J. Louyot et J. Richon. — *Oto-rhino-laryngologie* : MM. G. Coulet et R. Grimaud. — *Electroradiologie* : MM. Malraison, P. Chatelain, P. Jacob et J. Roy.— *Biologie médicale* : MM. P. Colson et Harmand.

Facultés de Médecine.

Classement des professeurs. — MM. les professeurs Brumpt (de Paris) et Louis Rimbaud (de Montpellier) ont été promus à la classe exceptionnelle.

Cadres des professeurs titulaires. — Par décret en date du 8 mai 1944 le cadre des professeurs titulaires de l'Université de Paris est modifié ainsi qu'il suit : 163 professeurs (dont 1 à titre personnel et y compris 2 chaires de fondation).

Le cadre des professeurs titulaires des universités des départements, non compris les universités d'Alger et de Strasbourg, est modifié ainsi qu'il suit : 641 professeurs titulaires (dont 2 à titre personnel et y compris 15 chaires de fondation).

Ministère de l'Education nationale

Décret n° 1151 du 29 avril 1944 modifiant le décret n° 568 du 16 mars 1943 relatif à l'institution d'un enseignement préparatoire aux études médicales.

ARTICLE PREMIER. — Les articles 5, 6 et 7 du décret du 16 mars 1943 susvisé sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art.* 5. — L'examen porte sur les matières enseignées conformément aux programmes qui sont déterminés par arrêté ministériel.

« Il comprend :

« 1° Une épreuve écrite de biologie d'une durée de deux heures, dont l'une consacrée à un sujet de biologie générale et l'autre à un sujet de biologie humaine ;

« 2° Une épreuve écrite de physique d'une durée d'une heure ;

« 3° Une épreuve écrite de chimie d'une durée d'une heure ;

« 4° Une épreuve pratique de biologie générale, une épreuve pratique de chimie et une épreuve pratique de physique dont le sujet sera tiré au sort par chaque candidat parmi l'ensemble des manipulations effectuées au cours de l'année ;

« 5° Une épreuve orale de biologie générale.

« Les épreuves écrites, qui seront anonymes, auront lieu simultanément devant toutes les facultés ou écoles au jour fixé par le Ministre, qui en arrête les sujets.

« La valeur de chacune des compositions écrites sera exprimée par une note variant de 0 à 20, avec les coefficients suivants :

« 1° Biologie générale 4
« 2° Biologie humaine 3
« 3° Chimie 1
« 4° Physique 1

« La valeur des épreuves pratiques sera également exprimée par une note variant de 0 à 20, avec les coefficients suivants :

« Biologie générale 2
« Chimie 1
« Physique 1

« L'épreuve orale de biologie générale sera notée de 0 à 20 avec le coefficient 4.

« En outre, d'après les notes obtenues en cours d'année aux interrogations, aux travaux pratiques

et pour la tenue des cahiers, il est attribué pour chacune des disciplines que comprend l'enseignement et pour chaque catégorie d'épreuves une note variant de 0 à 20 avec les coefficients suivants :

1° Interrogations.

« Biologie générale	2
« Biologie humaine	1
« Chimie	1
« Physique	1

2° Travaux pratiques.

« Biologie générale	2
« Chimie	1
« Physique	1

3° Cahiers.

« Biologie générale	1
« Biologie humaine	1
« Chimie	1
« Physique	1

« Les interrogations orales en cours d'année seront faites par chaque examinateur sur des questions tirées au sort.

« *Art.* 6. — Le jury est composé de trois professeurs agrégés ou suppléants de faculté ou école de médecine et de deux professeurs ou maîtres de conférences de faculté des sciences. Le président du jury doit être professeur d'une faculté de médecine.

« Quand le nombre des candidats à examiner l'exigera, le jnry pourra comprendre des membres supplémentaires, par décision du recteur prise sur la proposition du doyen ou du directeur.

« Le total des points obtenus par chaque candidat est arrêté et l'admission ou l'ajournement sont prononcés après délibération du jury au complet.

« *Art.* 7. — Avant l'ouverture du registre des inscriptions au début de l'année scolaire, le recteur arrête, sur la proposition du doyen de la faculté de médecine ou du directeur de l'école, en suivant le classement résultant du total des points comptant pour l'admission à l'examen de l'année préparatoire aux études médicales, la liste des étudiants admis, par application de la loi du 19 octobre 1942, à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

« Les candidats qui ne viendraient pas en rang utile pour être admis sur la liste en question pourront néanmoins, à la condition d'avoir obtenu la moitié du maximum des points, se faire délivrer le certificat d'études de l'année préparatoire aux études médicales. »

(*J. O.* 4 mai 1944.)

La réforme des études médicales. — Tous les médecins viennent de recevoir une brochure contenant le projet élaboré par la commission interministérielle. Nous reviendrons sur les détails du projet qui fut laborieux à établir.

En voici les grandes lignes : *Limitation du nombre des étudiants* par l'examen de sortie qui devient donc un concours. *Réforme du P. C. B.* Les *Ecoles de médecine* deviennent écoles d'application clinique. La *durée des études* serait ramenée à cinq ans, en prolongeant l'année scolaire de 2 mois, soit 10 mois au lieu de 8 mois. L'enseignement aurait pour but de donner à tous les futurs praticiens une instruction de base solide et efficace. Le *concours de l'internat des hôpitaux* ne serait accessible qu'aux docteurs, en fin de scolarité.

Le *programme des études*, considérablement remanié, comprend des stages cliniques et des stages de pratique médicale. Enfin, un cycle complémentaire est réservé à la préparation de l'exercice des *spécialités*.

Travail.

Conseillers techniques médicaux. — M. le docteur Bize est chargé, à titre temporaire, des fonctions de conseiller technique de l'administration centrale.

Comité permanent de la Médecine du travail. — Ont été nommés ou renommés membres du Comité : MM. les docteurs Bize, Giry, Sureau, Codvelle, Bour, Godard, Martiny, le prof. Parisot, Ballan, le prof. Duvoir, le prof. Leclerc, le prof. Mazel, Phalippon et Vidal. M. le professeur Duvoir est nommé vice-président du Comité permanent.

Association Générale des Médecins de France. — *Bourses Familiales du Corps Médical.* — Fondation de M. le Dr Roussel. — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Dr Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, pour le 15 juin au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1944.

L'Association Générale des Médecins de France à ses bienfaiteurs. — *Caisse d'Assistance Médicale de Guerre.* — L'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), recommande d'urgence aux confrères généreux sa Caisse d'Assistance Médicale de Guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés par bombardement (Compte courant postal : Paris 186-67).

Comité National de l'Enfance.

Devant les difficultés présentes, le Comité National de l'Enfance croit devoir rappeler que :

1° *L'allaitement maternel* est la sauvegarde des tout petits ; c'est le moyen le plus hygiénique, le plus facile, le plus économique de nourrir l'enfant pendant les premiers mois de la vie.

2° Si la mère ne peut nourrir son enfant, condition bien rare, *l'allaitement mixte ou artificiel* avec le *lait frais* constitue une alimentation excellente de *l'enfant au biberon ; le coupage du lait standard actuel* sera au tiers le premier mois, au quart le deuxième mois et le lait sera donné pur le troisième mois.

3° En présence des restrictions de gaz, les *biberons* préparés avec le lait stérilisé *seront conservés dans un endroit frais* ; avant de les donner à l'enfant, ils seront plongés *quelques instants* dans l'eau chaude d'une marmite norvégienne par exemple. Un biberon préparé *ne doit jamais séjourner longtemps dans l'eau chaude* ni être entouré de couvertures pour maintenir le lait tiède une partie de la journée ; ce serait favoriser le développement des microbes au cas où la stérilisation est insuffisante, ce qui est fréquent. Pour la même raison, *il ne faut pas se servir d'appareils thermos* pour maintenir chaud le lait des enfants.

4° *Les laits concentrés ou en poudre* seront réservés exclusivement et sur prescription médicale aux enfants qui ne tolèrent pas le lait naturel. Ils doivent constituer une réserve en cas de manque de lait frais.

5° *Les jus de fruits et de légumes crus* seront donnés dès le deuxième mois à l'enfant élevé au biberon.

6° Dès *le cinquième ou le sixième mois*, on peut *diminuer la ration de lait* et adjoindre au régime des farines de froment, d'orge, d'avoine, du *bouillon de légumes*, des *purées claires de pommes de terre* associées à des légumes aqueux et verts (carottes, navets, poireaux, salades, etc.).

7° Les *conseils médicaux* sont plus que jamais nécessaires ; la mère fréquentera donc régulièrement la consultation de nourrissons ou s'adressera au médecin de famille.

ORDRE DES MEDECINS

Compte rendu succinct de la réunion du 30 avril 1944 du Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre de la Région Parisienne.

Le Comité de Coordination des Conseils de la Région Parisienne s'est réuni le 30 avril 1944, à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Dr Larget.

La plus grande partie de la séance a été consacrée aux problèmes soulevés dans la Région Parisienne par l'application de l'article 4 — relatif aux honoraires — de la Convention passée en avril 1942 entre l'Union des Caisses et les Conseils départementaux de l'Ordre. Au cours d'une réunion de la Commission paritaire Union des Caisses — Ordre des Médecins — tenue le 27 avril 1944, les représentants des Caisses se sont plaints qu'un certain nombre de médecins, chirurgiens et spécialistes, oublieux des dispositions de l'article 4 de la Convention, demandent aux assurés sociaux des honoraires largement supérieurs aux honoraires minima fixés par l'Ordre. Ils ont demandé aux représentants du Corps Médical que les Conseils de l'Ordre, selon les engagements pris, interviennent auprès de ces médecins pour les inviter à se conformer aux stipulations de la Convention et au besoin pour sanctionner les infractions à ces stipulations. Après un long débat, le Comité de Coordination, animé par un désir d'entente, a décidé de donner satisfaction dans leur ensemble aux demandes des Caisses.

A la suite de ce débat, les rapports des Conseils de l'Ordre avec les Sociétés de Secours Mutuels de la Région Parisienne ont été évoqués. Le vœu a été émis que les tractations avec ces Sociétés s'inspirent des mêmes principes que ceux adoptés pour les Caisses d'Assurances sociales.

Le Comité de Coordination s'est ensuite préoccupé de l'application de la loi du 21 décembre 1941 sur la réforme hospitalière dans la Région parisienne et notamment de la fixation des honoraires pour les malades payants des 3e, 2e et 1re catégories. Sur la suggestion du Comité de Coordination, le Directeur de la Santé de la Région de Paris a bien voulu créer une Commission consultative tripartite chargée d'examiner ces questions. Les Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre ont été priés de nommer au plus tôt leurs représentants à cette Commission qui doit se réunir très prochainement.

LE SYNDROME ANGINE-INFARCTUS PULMONAIRE

Forme larvée des septico-pyohémies post-angineuses à bacillus funduliformis

par le professeur A. Lemierre et M. M. Aussanaire

Parmi les nombreux malades soignés à l'hôpital Claude-Bernard pour des angines de types divers, il nous est arrivé d'en voir de temps en temps qui, de préférence au cours de la convalescence, ont présenté des accidents pulmonaires assez particuliers.

Dans les cas les plus caractéristiques, ces accidents débutent brusquement par un point de côté thoracique violent coïncidant avec une élévation soudaine et souvent assez passagère de la température entre 38°5 et 40° et avec une dyspnée plus ou moins vive. De la toux apparaît, sèche d'abord, mais qui, les jours suivants peut ramener une expectoration muqueuse, muco-purulente ou même des crachats hémoptoïques. L'auscultation révèle la présence soit d'un foyer congestif avec râles sous-crépitants et souffle, soit des frottements pleuraux pouvant bientôt faire place à un épanchement peu abondant, séro-fibrineux et amicrobien.

D'autres fois le tableau clinique est plus fruste ; les symptômes fonctionnels sont très estompés ou font défaut ; seule une poussée fébrile inattendue conduit à chercher et à découvrir les signes stéthacoustiques que nous venons de mentionner.

Ces accidents pulmonaires, quel que soit leur aspect, sont bénins et de courte durée. Ils disparaissent en quelques jours, sans laisser de traces. Il est logique de les considérer comme la conséquence d'une localisation secondaire au poumon d'une infection à point de départ pharyngé. Il est vraisemblable, d'autre part, que la nature de cette infection diffère suivant les cas. Mais, en raison de leur fugacité et de leur caractère souvent effacé, ces complications des angines se prêtent mal aux investigations approfondies et il est impossible, à moins d'un hasard heureux, de discerner quel microbe il convient d'incriminer.

Quatre observations, recueillies au cours de ces dernières années, nous ont permis de bénéficier d'une telle chance. Elles nous paraissent susceptibles d'éclairer non seulement l'étiologie mais aussi la pathogénie de certaines tout au moins des déterminations pulmonaires post-angineuses dont il est question dans cet article.

L'une de ces observations concerne une femme qui, au sixième jour d'une scarlatine, fut atteinte d'un point de côté thoracique gauche violent et passager, sans aucun signe stéthoscopique. Au dix-septième jour de la maladie, en pleine apyrexie, nouveau point de côté thoracique gauche coïncidant avec un frisson, une poussée thermique à 39°5 et bientôt suivi d'une toux sèche. Les jours suivants, nous avons perçu de gros frottements pleuraux à la base gauche et la malade a expectoré deux crachats hémoptoïques. L'examen radiographique est resté négatif. Au bout de dix jours, tout avait disparu.

Une autre femme entre à Claude-Bernard atteinte d'une angine cliniquement et bactériologiquement diphtérique. La sérothérapie amène la rétrocession immédiate des accidents. Mais, le onzième jour, survient un violent point de côté thoracique droit. Le lendemain, nous trouvons à la base droite de la matité et des frottements pleuraux ; puis, les jours suivants, une obscurité respiratoire et des râles sous-crépitants dans la même région. La radiographie montre une certaine opacité de la base droite et un minime épanchement pleural emplissant le cul-de-sac. Quatre jours plus tard, tout était rentré dans l'ordre.

Les deux dernières observations concernent, point à retenir, des phlegmons de l'amygdale. Dans un cas, la complication pulmonaire s'est réduite à la présence d'un foyer soufflant à la partie moyenne du poumon gauche, sans signes fonctionnels, mais avec persistance de la fièvre après ouverture de l'abcès amygdalien. Dans le deuxième cas, c'est l'apparition, au cours de la convalescence, de trois hémoptysies qui nous a permis de découvrir un foyer de râles sous-crépitants à la base gauche.

Chez ces quatre malades ayant présenté la première une angine scarlatineuse, la deuxième une angine diphtérique, les deux autres un phlegmon de l'amygdale, les accidents pulmonaires, bien qu'assez différents dans leur aspect, ont révélé le même caractère de bénignité et nous croyons pouvoir avancer qu'ils relèvent d'une étiologie et d'une pathogénie communes.

En effet, chez ces quatre malades, la recherche de la réaction de séro-floculation spécifique suivant la technique de Laporte et Brocard (1) a donné un résultat positif, témoignant qu'ils étaient atteints d'une *infection à bacillus funduliformis*, et nous pourrions même dire, avec plus de précision, d'une forme larvée, à minima, de septico-pyohémie à *bacillus funduliformis*.

On sait que les amygdalites déterminées par ce germe anaérobie, qu'elles soient cliniquement ou non-cliniquement phlegmoneuses, sont susceptibles de se compliquer de thrombo-phlébites des veines amygdaliennes et périamygdaliennes. Des caillots thrombo-phlébitiques, désagrégés par l'action spéciale des microbes anaérobies qui y pullulent, peuvent partir non seulement des décharges bactériennes dans la circulation veineuse, mais aussi des fragments de fibrine septiques, générateurs d'infarctus pulmonaires.

Les infarctus pulmonaires sont, avec les grands frissons répétés, annonciateurs d'accès fébriles, et les ostéo-arthrites, un des éléments essentiels de la triade symptomatique caractéristique des septico-pyohémies à *bacillus funduliformis*. S'accusant le plus souvent par un point de côté thoracique violent et par la dyspnée, ces infarctus pulmonaires restent parfois pourtant silencieux et ne se traduisent alors que par des signes d'auscultation. Généralement ils se nécrosent, suppurent et, s'ils sont corticaux, engendrent des épanchements pleurétiques de voisinage purulents ou, mais plus rarement, sérofibrineux. De leur répétition, de leur nombre, de leur mode d'évolution dépend, pour une large part, le pronostic de la septico-pyohémie.

Il est permis de concevoir que ces accidents post-angineux puissent se présenter sous un aspect moins sévère et que, de la thrombo-phlébite amygdalienne puisse ne se détacher qu'une embolie unique, minime et peu virulente, accompagnée sans doute d'une éphémère décharge bactériémique, si bien que l'infarctus pulmonaire n'évolue pas vers la suppuration et n'engendre qu'une réaction congestive ou inflammatoire locale vite éteinte.

C'est, à notre avis, de cette pathogénie que relèvent les accidents pulmonaires post-angineux bénins étudiés dans cet article, que le *bacillus funduliformis* soit l'agent spécifique de l'amygdalite en cause, ou qu'il intervienne à titre de microbe associé au cours d'une pharyngite d'une autre nature, scarlatineuse ou diphtérique par exemple.

Ceci nous conduit à admettre qu'en regard des graves septico-pyohémies post-angineuses à *bacillus funduliformis*, dans lesquelles l'hémoculture et l'examen bactériologique des localisations métastatiques suppurées nous permettent d'isoler le germe pathogène lui-même, il convient de décrire une forme d'accidents procédant de la même cause initiale, mais se réduisant à l'apparition d'un *syndrome angine-infarctus pulmonaire* dont le diagnostic étiologique ne peut être établi que par la recherche de la réaction de séro-floculation de Laporte et Brocard.

Au reste les données de la clinique légitiment le rapprochement qu'au nom des examens de laboratoire nous venons d'établir entre ces deux syndromes morbides en apparence si éloignés l'un de l'autre. Il existe en effet entre les grandes septico-pyohémies post-angineuses classiques à *bacillus funduliformis* et le syndrome angine-infarctus pulmonaire toute une chaîne d'états pathologiques intermédiaires de gravité décroissante, d'aspects assez divers, mais qui conservent entre eux un certain air de famille et qui assurent la continuité entre les deux types extrêmes des complications thrombo-phlébitiques post-angineuses dues au germe anaérobie.

C'est parce que nous avons, au cours de ces dernières années, recueilli certain nombre d'observations de cet ordre que nous sommes parvenus à soupçonner, puis à démontrer, grâce à l'emploi d'une méthode sérologique nouvelle, la signification des accidents pulmonaires bénins survenant à la suite de certaines angines. Quelques-unes de ces observations figurent dans des publications antérieures (1). Un plus grand nombre ont été étudiées dans la thèse récente de l'un de nous (2). Nous ne pouvons jeter sur elles qu'un coup d'œil d'ensemble.

Les cas se rapprochant le plus des septico-pyohémies graves, à issue fatale ou guérissant contre toute attente, sont ceux où l'état septicémique, démontré par l'hémoculture, est de courte durée ; où les déterminations articulaires, si tant est qu'elles excitent, se limitent à quelques arthralgies ; où un seul infarctus pulmonaire, s'accusant par un point de côté, quelques crachats hémoptoïques, quelques signes d'auscultation passagers, reste sans conséquences fâcheuses. Dans un de ces cas s'est même développé un épanchement pleural séro-hématique contenant un *bacillus funduliformis*.

Un autre fait très instructif, que nous avons observé, concerne un phlegmon de l'amygdale compliqué d'un phlegmon gangréneux du cou à *bacillus funduliformis* associé à un streptocoque. A aucun moment notre malade n'a présenté les symptômes d'une septicémie et les hémocultures sont restées négatives. Tout permettait de croire qu'il n'y avait eu là qu'une propagation de l'infection par voie lymphatique au tissu cellulo-graisseux du cou, sans atteinte des veines amygdaliennes. Cependant, au moment où le phlegmon cervical, traité chirurgicalement, était en voie de guérison et où la fièvre avait disparu, sont survenus un point de côté violent avec brusque poussée fébrile, puis un foyer pulmonaire vite éteint et des crachats hémoptoïques, indices certains d'un infarctus pulmonaire.

Dans les exemples que nous venons de citer, la nature de l'infection ne saurait être mise en doute, puisque le *bacillus funduliformis* a été isolé soit du sang, soit d'une suppuration cervicale putride. Plus suggestive encore, parce qu'elle établit la transition entre les faits précédents et le syndrome angine-infarctus pulmonaire, est l'observation d'un jeune homme, convalescent d'une rubéole, qui a présenté brusquement un point de côté thoracique gauche atrocement douloureux, bientôt suivi de crachats hémoptoïques, puis d'un épanchement pleural sérofibrineux et aseptique. A ce moment nous avons découvert chez lui une grosse amygdalite droite, sans signes fonctionnels, avec empâtement sous-angulo-maxillaire. En même temps ce jeune homme a souffert d'arthralgies tibio-tarsiennes passagères, puis d'une arthrite coxo-fémorale droite qui a guéri plus lentement. Le tout a évolué sans fièvre, mis à part deux brefs crochets thermiques à 38°, si bien qu'aucune hémoculture n'a pu être pratiquée. Mais cet ensemble : angine, infarctus pulmonaire, déterminations articulaires rappelait si exactement, bien que sous un aspect très atténué, le tableau classique d'une septico-pyohémie à *bacillus funduliformis* que nous avons recherché la réaction

(1) *A. Laporte et H. Brocard.* Réaction de floculation du sérum en présence d'un extrait alcoolique microbien dans les infections à *Bacillus funduliformis.* C. R. de la Société de Biologie, 5 mai 1939, t. CXXI, n° 15, p. 4.

(1) *J. Lemierre.* Les formes curables et les formes frustes des septico-pyohémies à *Bacillus funduliformis.* Thèse de Paris 1939. — A. Lemierre, A. Guimarães et *J. Lemierre.* Les formes curables et frustes des septico-pyohémies post-angineuses à *Bacillus funduliformis. Presse médicale*, 1940, n°s 10-11, 31 janvier-3 février.

(2) *M. Aussanaire.* Le syndrome angine infarctus pulmonaire dans les infections à *Bacillus funduliformis.* Thèse de Paris 1943.

de séro-floculation de Laporte et Brocard. Celle-ci s'est montrée immédiatement positive.

Il existe une autre catégorie de faits, que l'on pourrait englober sous l'appellation de *formes aggravées du syndrome angine-infarctus pulmonaire* et dans lesquels le foyer embolique, au lieu de guérir rapidement, aboutit à la suppuration. Ces faits voisinent étroitement avec certains cas de septico-pyohémie à *bacillus funduliformis* de courte durée, mais démontrée par l'hémoculture, qui laissent derrière eux soit plusieurs petits abcès pulmonaires, soit même un grand abcès évoluant dès lors pour leur propre compte comme des lésions purement locales et guérissant spontanément après ouverture dans les bronches. Nous en avons observé plusieurs cas.

Dans le groupe des formes aggravées du syndrome angine-infarctus pulmonaire peuvent être rangées trois observations de Brunner (1) concernant des sujets qui, une dizaine de jours après la guérison d'une angine insignifiante, ont présenté un brusque point de côté, puis une pleurésie purulente fétide contenant deux fois un *bacillus funduliformis* à l'état de pureté, une fois ce même germe associé à un streptocoque non hémolytique. Sans aucun doute, il s'est agi là d'un infarctus cortical avec pleurésie de voisinage. L'existence de cet infarctus a d'ailleurs été constatée à l'autopsie du seul des trois sujets qui a succombé. Très analogue à celles de Brunner est une observation publiée par P.-P. Ravault, M. Girard et J. Viallier (2) concernant un homme qui, deux jours après une angine si bénigne que l'interrogatoire seul permit d'en découvrir rétrospectivement l'existence, éprouva un violent point de côté, et chez lequel on vit apparaître des symptômes pulmonaires, puis un épanchement pleural citrin. Cet épanchement vira à la purulence et on y décela un *bacillus funduliformis* associé à un streptocoque. Chez cet homme se développa d'autre part une collection purulente de la fesse contenant un bacillus funduliformis, indice certain d'une poussée bactériémique post-angineuse.

Nous mêmes avons observé une jeune femme demeurée fébrile après la guérison d'une amygdalite lacuno-cryptique et qui, au bout de huit jours, présenta à la base gauche un épanchement pleural séro-sanguinolent et amicrobien, bientôt remplacé par un foyer parenchymateux soufflant. Les hémocultures demeurèrent stériles ; mais la réaction de floculations spécifique de l'infection à *bacillus funduliformis* fut positive. Au trentième jour de la maladie se produisit une vomique assez abondante. Une image hydro-aérique devint visible sur l'écran et la guérison survint peu après.

En résumé, au décours de certaines angines, et comme seule complication de celles-ci, peuvent survenir des accidents respiratoires symptomatiques d'un infarctus pulmonaire. Comme les septico-pyohémies post-angineuses dont ils ne sont qu'une forme larvée, ces accidents ont pour origine une thrombo-phlébite des veines amygdaliennes déterminée par le *bacillus funduliformis*. Il n'est pas exclu cependant que d'autres germes, et notamment d'autres germes anaérobies, ne puissent en être occasionnellement responsables. Les cas mis à part où la lésion du poumon se complique d'un épanchement pleural purulent, le diagnostic bactériologique du syndrome angine-infarctus pulmonaire ne peut être fait que grâce à l'emploi de la réaction de séro-floculation de Laporte et Brocard.

Les faits auxquels nous nous sommes limités dans cet article prêtent à une conclusion d'ordre plus général. On sait que le *bacillus funduliformis* peut être l'agent d'infections de l'oreille moyenne, de la cavité utérine des voies urinaires susceptibles de se compliquer de thrombophlébites de voisinage et d'infarctus pulmonaires.

Il est à présumer qu'en pareille occurrence la réaction de séro-floculation sera souvent le seul procédé de laboratoire permettant de dépister l'intervention de ce microbe. Cette réaction s'est déjà montrée positive dans un cas que nous avons observé de thrombo-phlébite emboligène des veines périvésicales terminé par la guérison. Il y aurait dans ce domaine, comme dans celui des accidents pulmonaires post-angineux, des recherches intéressantes à poursuivre.

(1) *W. Brunner.* Uber *Bacillus funduliformis* Infektionen unter besonderer Berücksichtigung der pleuralen Erkrankurigen. Münchener Med. Wochenschrift, 1937, n° 51, p. 2032.

(2) *P.-P. Ravault, N. Girard et J. Viallier.* La septicémie à *Bacillus funduliformis.* Journal de Médecine de Lyon, 20 janvier 1941.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

9 *Mai.* — M. Loyer. Des fistules œsophago-trachéales.

10 *Mai.* — M. Lacroix. La place de la résection modelante du rebord cotyloïdien dans le traitement de l'arthrite sèche de la hanche.

12 *Mai.* — M. Callerot. Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien du débile.

15 *Mai.* — M. Roulin. A propos de quelques cas de fièvre typhoïde dans un hôpital psychiatrique.

M. Lenoir. Contribution à l'étude de l'hépatite épidémique.

M. Muller. Le facteur endocrinien dans certaines formes d'hypertension chez les jeunes et les adultes.

M. Lebosse. Considérations sur les pauses cardiaques de longue durée dans la maladie de Stokes-Adams.

Mlle Adam. Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité Baudelocque.

POLYRADICULONÉVRITE DE GUILLAIN-BARRÉ ET ARACHNOÏDITE

par MM. L. Rimbaud, H. Serre et R. Bosc

(Montpellier)

La distinction entre polyradiculonévrite curable et arachnoïdite est souvent difficile, d'autant plus que ces deux processus peuvent être associés, que l'un soit créé par l'autre, ou que tous deux soient engendrés parallèlement par la même cause.

OBSERVATION

Histoire de la maladie :

T... Paul, 78 ans, cultivateur, est hospitalisé le 14 juin 1943 pour troubles paralytiques des membres inférieurs. L'apparition de ces troubles date de quelques jours à peine : les 6 et 7 juin, alors qu'il a fait la veille un travail assez pénible (manipulation de fûts vides), cet homme ressent quelques crampes dans le membre inférieur droit. Le 8 juin, à son réveil, il constate que ses jambes ne peuvent plus le porter ; vers les 11 et 12 juin, il ne peut se tenir debout qu'à la condition d'être soutenu par un aide ; c'est dans cet état d'impotence qu'il entre à l'hôpital le 14 juin.

Examen à l'entrée :

Le malade est parfaitement conscient : pas la moindre obnubilation, apyrexie absolue (matin : 37° ; soir : 37°2 au maximum).

Système nerveux : parésie importante des deux membres inférieurs, prédominante à droite. Le malade peut soulever le membre inférieur gauche, mais ne peut décoller le membre inférieur droit du plan du lit ; pas de contracture ; les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis des deux côtés ; pas de signe d'irritation pyramidale ; sensibilités normales : on constate seulement une légère diminution de la sensibilité profonde.

— Aux membres supérieurs et à la face, rien d'anormal. — Pas de troubles oculaires.

— Pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig.

Par ailleurs, ce malade présente un certain état de sclérose cardio-vasculaire : cœur sourd, artères périphériques indurées. Pouls 80. Tension artérielle : 13-7 (Vaquez).

Enfin, comme beaucoup de cultivateurs âgés, cet homme présente une cyphose dorsale marquée, associée à un certain degré d'enraidissement de la région lombaire.

Antécédents :

Paludisme dans sa jeunesse ; femme décédée d'une affection chronique vraisemblablement tuberculeuse ; deux enfants en bonne santé ; parents décédés âgés (83 et 97 ans).

En outre, dans les mois qui ont précédé le début de la maladie, on ne retrouve ni épisode toxi-infectieux, ni phénomènes de claudication intermittente.

Examens complémentaires :

Des examens complémentaires sont pratiqués, dont voici les résultats :
Liquide céphalo-rachidien.

1) Ponction lombaire du 15 juin 1943 :
Liquide clair, eau de roche.
Pression : 8 cm. au manomètre de Claude, en position couchée.
La compresson des jugulaires augmente *légèrement* la pression.
Albumine : 3 gr. p. 1.000
chlorures : 7 gr. p. 1.000
glucose : 0 gr. 60 p. 1.000
Bordet-Wasserman : négatif
Nageotte : moins de 1 élément.

2) Ponction lombaire du 18 juin 1943 :
L. C. R. clair. — Eau de roche
Pression : 4 dans le décubitus ; s'élève très légèrement après compression des jugulaires, mais s'élève normalement après compression abdominale.
Albumine : 3 *gr. p.* 1.000
Chlorures : 7 gr. p. 1.000
Nageotte : 1,4 élément-mm³.

3) Ponction sous-occipitale du 22 juin 1943 :
Albumine : 9 gr. 80 p. 1.000
Chlorures : 7 gr. 10 p. 1.000
Glucose : 0 gr. 52 p. 1.000
Nageotte : 17, 4 éléments-mm³.

— Sang : Azotémie : 0 gr. 32 par litre (le 15 juin 1943). Toutes les réactions de la syphilis sont négatives.

— Urines : Traces nettes d'albumine. Pas de glucose, pas d'éléments biliaires.

Les signes cliniques et les résultats de l'examen du L. C. R. conduisent vers le diagnostic de Polyradiculonévrite curable de Guillain-Barré. Toutefois, la constatation d'un blocage manométrique partiel n'est pas classique dans cette affection : ce blocage partiel, la cyphose dorsale et l'enraidissement lombaire constatés chez notre malade, autant de signes qui éveillaient l'idée d'une compression médullaire : un examen radiologique vertébral s'imposait ; il montra :

— d'une part, des signes importants d'arthrose vertébrale dorso-lombaire : déformations des vertèbres en diabolo, irrégularité des contours, volumineux ostéophytes en bec de perroquet, syndesmophytes.

— d'autre part, des signes d'ostéoporose vertébrale : décalcification générale du rachis, tassement du corps vertébral des dernières vertèbres dorsales, notamment de D XII.

Cet examen fut complété par un transit rachidien lipiodolé : après injection lombaire de 2 cm³ de lipiodol lourd, on constata que la progression de la bille lipiodolée se faisait le long du rachis d'une manière très lente, irrégulière et par saccades et bien qu'il n'y eut pas d'image d'arrêt net, on pouvait parler d'arachnoïdite.

Cependant, l'état du malade s'aggravait malgré le traitement strychnine-vitamine B1 auquel il avait été soumis dès son arrivée. Le 21 juin, en effet, le malade présentait une impotence complète du membre inférieur droit et du côté gauche il soulevait le talon avec peine. En outre, des troubles sphinctériens apparaissaient.

Dans les jours qui suivent, l'état s'aggrave encore : les troubles sphinctériens s'exagèrent, une escarre sacrée à tendance extensive apparaît, un état d'affaissement général s'installe avec torpeur, troubles de la mémoire ; on adjoint alors au traitement médical un traitement radiothérapique médullaire.

L'évolution se modifie alors :

— le 14 juillet, on note que le malade soulève séparément chaque membre inférieur, le gauche plus que le droit ; l'escarre n'est n'est que superficielle, mais les réflexes tendineux restent abolis et les troubles sphinctériens persistent.

— le 19 juillet : le transit rachidien du lipiodol est toujours très défectueux.

— le 25 juillet : une nouvelle ponction lombaire montre une diminution de la dissociation albumino-cytologique :

Albumine = 0 gr. 70 p. 1.000,

Nageotte = moins de 1 élément-mm³.

— le 3 août : les troubles paralytiques ont encore régressé ; les mouvements sont beaucoup plus importants, les troubles sphinctériens ont disparu, l'escarre est guérie — le malade commence à se lever.

— le 20 août : le malade est sorti en ville ; il marche avec une canne ; la force segmentaire des membres inférieurs n'est pas encore redevenue normale, mais il n'y a pas d'amyotrophie résiduelle et les réflexes tendineux réapparaissent.

Le malade sort le 10 septembre 1943.

* * *

En résumé, un cultivateur de 78 ans présente une paralysie incomplète des deux membres inférieurs d'installation rapide avec abolition des réflexes tendineux, troubles trophiques et sphinctériens, dissociation albumino-cytologique et blocage arachnoïdien partiel (blocage manométrique et lipiodolé). Par ailleurs, images radiologiques de décalcification et d'arthrose vertébrales. L'évolution se fait en deux phases : une phase d'aggravation progressive malgré la strychno-vitaminothérapie, puis en coïncidence avec l'institution d'un traitement radiothérapique, une phase d'amélioration progressive jusqu'à la guérison complète.

Le problème diagnostique qui paraissait complexe au début de l'histoire de notre malade, nous apparaît maintenant se résoudre de la façon suivante :

— L'absence de phénomènes douloureux initiaux, l'installation rapide de la paralysie, l'absence de syndrome pyramidal irritatif, et la bénignité de l'évolution, nous font rejeter le diagnostic de compression de la moelle par une vertèbre pathologique, malgré les images radiologiques de tassement rachidien.

— Nous rejetons également le diagnostic d'arachnoïdite, du moins d'arachnoïdite essentielle, primitive, en raison de l'absence de phénomènes douloureux initiaux et de l'évolution rapidement curable, malgré la persistance d'une mauvaise circulation du lipiodol rachidien.

Nous retenons finalement le diagnostic qui avait été posé dès le début de la maladie, celui de Polyradiculo-névrite curable de Guillain-Barré, malgré la légèreté des signes douloureux du début. La paraplégie flasque sans amyotrophie consécutive, la dissociation albumino-cytologique et la curabilité rapide, autant de signes qui constituent l'essentiel du syndrome de Guillain-Barré dans sa forme spinale paraplégique.

Mais si, en fin de maladie, le diagnostic nous paraît simple, il n'en était pas de même au début : notre observation pose en effet le problème des rapports du syndrome de Guillain-Barré et de l'arachnoïdite spinale. A vrai dire, du point de vue symptomatique, les deux affections sont assez voisines ; leur différence réside au fond dans une seule constatation : le blocage arachnoïdien, qui s'exprime manométriquement et radiologiquement après injection de lipiodol. Ce blocage seul, en effet, permet classiquement d'affirmer le diagnostic d'arachnoïdite : certes, lorsque le blocage est complet (la pression du L. C. R. lombaire ne s'élève pas après pression des jugulaires, images radiologiques d'arrêt net de types divers) l'arachnoïdite passe au premier plan, mais nombreux sont les cas où, comme dans notre observation, on ne constate qu'un blocage partiel s'exprimant au manomètre par le fait que la pression du liquide céphalorachidien lombaire s'élève faiblement, lentement ou par saccades sous l'effet de la compression des jugulaires, pour s'abaisser ensuite lentement et incomplètement ; et à la radiographie par une progression lente, difficile, du lipiodol avec des images d'accrochage ici et là. Dans tous ces cas, il y a certainement « augmentation du feutrage arachnoïdien » mais celle-ci est-elle toute la maladie, ou n'est-elle qu'une « réaction arachnoïdienne », la localisation de l'arachnoïde d'un processus neurologique voisin, toute la question est là.

La pratique, de plus en plus fréquente depuis quelques années, de la méthode de Sicard et Forestier, a permis en effet à plusieurs auteurs d'individualiser une réaction arachnoïdienne au cours de divers processus médullaires ou périphériques : sclérose en plaques (1.4.9), syringomyélie (1), syndrome neuro-anémique (5.6), zona (1), syphilis médullaire (2), maladie de Friedreich et Hérédo ataxie cérébelleuse (3), poliomyélite antérieure aiguë (1), neuro-mélitococcie (10)...

La connaissance meilleure de ces « réactions arachnoïdiennes » montre donc que la constatation d'un blocage arachnoïdien n'exclut pas la possibilité d'un processus neurologique sous-jacent primitif et que la distinction entre l'arachnoïdite et certains processus médullaires ou périphériques est beaucoup plus délicate qu'on ne le croit d'ordinaire. L'erreur est souvent possible (4) et on peut se demander si certains cas de polyradiculo-névrite curable dans lesquels l'exploration lipiodolée n'a pas été pratiquée, ne sont pas en réalité la manifestation de poussées d'arachnoïdite, et inversement si certains cas considérés comme des arachnoïdites primitives en raison de la positivité de l'examen lipiodolé, ne sont pas seulement des réactions arachnoïdiennes au cours d'affections médullaires ou myélo-radiculaires.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Alajouanine, Hornet, et André. — Le feutrage arachnoïdien postérieur dans la sclérose en plaques et quelques infections du névraxe. *Revue Neurol.*, 5 décembre 1935, p. 903.

(3) Alajouanine, Hornet, et André. — Le feutrage arachnoïdien postérieur dans les lésions syphilitiques de la moelle. *Rev. Neurol.*, 23 janvier 1936, p. 266.

(3) Alajouanine, Hornet et André. — Le feutrage arachnoïdien postérieur dans la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse. *Rev. Neurol.*, 2 avril 1936, p. 816.

(4) Barré. — Arachnoïdite et sclérose en plaques. *Paris-Méd.*, 5 oct. 1929, p. 297.

(5) Belinski. — Le syndrome neuro-anémique et l'arachnoïdite spinale adhésive. Thèse Bucarest, 30 juin 1936 ; résumé *Rev. Neurol.*, 1936, II, p. 271.

(6) Paulian, Fortunescu, Tudor. — Le syndrome neuro-anémique et l'arachnoïdite spinale adhésive. Bull. Soc. Psych. Bucarest, in *Rev. Neurol.*, 1937, tome I, p. 679.

(7) Pitha. — Polynévrite et polyradiculite inférieure, guérie sous un tableau clinique qui ressemble à une arachnoïdite feutrée circonscrite. Soc. Neuro., Prague, 18, X. 1933, in *Rev. Neurol.*, 1934, II, p. 166.

(8) Roger (H.). — Les épreuves lipiodolées sous-arachnoïdienne et épidurale de Sicard. Technique et images radiologiques, *Paris-Médical*, 24 janvier 1925, p. 81.

(9) Roger, Poursines, Alliez. — Arachnoïdite, sclérose en plaques et épreuves manométriques du L.C.R. *Revue Neurol.*, p. 1424, 2 juin 1932.

(10) Janbon et Armand. — Un nouveau cas de neuromélitococcie cérébrale. Exploration lipiodolée du canal rachidien. Soc. de Méd. et Biol. de Montpellier, 27 juillet 1934.

ACTUALITÉS

HUILES SANS TICKETS ET POLYNÉVRITES

Le Triorthocrésylphosphate.

Les méfaits du triorthocrésylphosphate avaient déjà leur place en pathologie: la « jakeparalysis » contemporaine de la prohibition américaine ; les polynévrites attribuées à l'apiol et imputables en réalité au crésylphosphate, sophistication et adjuvant à la fois ; les polynévrites enfin dues à la médication créosotée.

Tant par leur nombre qu'en raison des conditions d'apparition, ces faits étaient jusqu'ici exceptionnels. Les difficultés présentes menacent de les rendre moins rares. Comme toujours en matière d'alimentation, le marché noir exerce son influence. Il n'est pas non plus sans intérêt de remarquer qu'une intoxication collective rapportée en 1938 par Debré et Broc était due au même esprit de lucre qui s'épanouit aujourd'hui au marché clandestin.

Découvert par Brissonnet en 1894, le phosphate de créosote n'avait pas tardé à produire des paralysies. Il a depuis fait fortune dans l'industrie ; les accidents sont les mêmes, qu'ils soient dus à un mélange d'isomères ou au triorthocrésylphosphate pur, seul toxique parce que seul absorbé par l'intestin. Ce dernier est, en effet, partie intégrante de tous les mélanges.

D'abord employé seulement dans l'industrie des cuirs artificiels et des vernis, il a vu son champ d'application s'accroître de toute la florissante métallurgie par où notre époque se distingue. Mêlé aux huiles de graissage industriel — minérales ou non — ou employé seul, le T. est un lubrifiant d'usage courant dans les usines de mécanique et d'aviation. Ce produit, que les ouvriers ont sous la main en une certaine abondance, présente au point de vue « gastronomique » des qualités, au moins apparentes : c'est un liquide incolore, inodore, très onctueux et rappelant l'huile de paraffine. Il est aisément miscible aux huiles et aux graisses alimentaires dont il ne modifie que peu ou pas l'aspect et la saveur. Dérobé à l'usine, il peut aisément, au domicile des ouvriers et plus encore par la grâce du marché noir, s'élever à la dignité d' « huile sans

...ickets ». Pour la plus grande punition des gourmets ou des simples affamés, c'est, de tous les isomères, le plus toxique qui est le plus ...entant.

Quels que soient l'importance des « épidémies toxiques » et le milieu social où elles sévissent, l'allure clinique des accidents est uniforme et un clinicien averti les méconnaîtra malaisément. L'enquête étiologique transformera vite les présomptions en certitudes.

Ces accidents évoluent en deux phases : l'une précoce, durant 36 à 48 heures, banale, parfois un peu floue ; l'autre tardive, de longue durée et de caractères uniformes. Entre elles se place un répit d'environ dix jours, rarement beaucoup plus, où le calme est complet et la santé apparemment parfaite.

Les accidents précoces débutent à quelques heures du repas toxique : après 12 à 24 heures apparaissent des douleurs abdominales, des vomissements, un peu de diarrhée ; tableau d'intoxication alimentaire ou de simple indigestion. Malaise général et fièvre manquent en général. Exceptionnellement on a vu du délire pendant une semaine, des vertiges pendant 15 jours (Humpe); parfois aussi tout symptôme manque.

En général, tout se calme en 24 heures. L'importance et la durée de ces troubles sont peut-être liés, mais lâchement, au mode d'ingestion et à la quantité ingérée ; ils peuvent cependant apparaître pour des quantités extrêmement faibles.

C'est après 10 ou 12 jours, rarement plus de 20, de répit complet que débutent les accidents nerveux. Ils réalisent une polynévrite et sont à leur plein développement en quelques jours.

Le début se fait par de l'engourdissement ou des crampes dans les mollets, de la lourdeur ou de la raideur des jambes, avec parfois une sensation continue de tiraillement ; souvent aussi une sensation persistante de froid aux extrémités inférieures. La douleur vraie manque ou est faible. On observe parfois des fibrillations musculaires.

Les troubles moteurs, symétriques et bilatéraux, s'installent dans le domaine des sciatiques poplités externe et interne : les muscles des loges antéroexterne et postérieure de la jambe sont rapidement atteints, d'où chute du pied et steppage. La marche et même la station debout sont en quelques jours impossibles. Rapidement la paralysie s'étend aux membres supérieurs, atteignant les mains, frappant surtout le territoire du médian et respectant la racine du membre.

Les troubles sensitifs, objectifs ou subjectifs sont peu marqués ; on a cependant signalé de la douleur à la pression des masses musculaires, des sensations de fourmillement ou de brûlure aux pieds et aux mains. L'atrophie musculaire est habituelle aux pieds et aussi aux mains, où elle peut réaliser une griffe Aran-Duchenne ; pas de troubles trophiques cutanés.

Rien au niveau des nerfs craniens ni du tronc ; une fois, cependant, on a observé un syndrome de la queue de cheval (Carrot, Griffon et Charlat).

Les troubles vaso-moteurs sont rares, sauf parfois de la cyanose et de l'hyperhydrose des extrémités.

Les réflexes achilléens et médioplantaires sont abolis, mais parfois remplacés par une réaction musculaire à distance ; de même les réflexes stylo-radiaux. Les autres réflexes du membre inférieur sont habituellement vifs. Réflexe cutané plantaire normal ou aboli, jamais inversé.

Les autres appareils sont indemnes. Le sang présente toutefois une certaine pauvreté en hémoglobine et une éosinophilie assez constante. Le liquide céphalorachidien est normal ou peu modifié (réaction de Pandy légèrement positive).

L'examen électrique montre une réaction de dégénérescence partielle dans le domaine d'innervation des sciatiques poplités, mais avec une atteinte inégale des divers muscles ; contraction galvanique habituellement ralentie. Mêmes caractères au membre supérieur.

Cet ensemble est rapidement complet et le tableau clinique est alors fixé pour des semaines ou des mois. Très lentement, on voit se modifier réflexes et réactions électriques et se faire une restauration fonctionnelle qui demande des mois avant de se compléter, si même elle se complète. Un an, quinze mois n'ont jusqu'ici fourni que des guérisons partielles.

L'évolution éloignée de ces accidents et leurs séquelles définitives sont encore mal connues, faute de recul suffisant. La lenteur à évoluer des accidents de même nature, mais d'autre origine, permet d'espérer qu'une intoxication par faible dose peut, bien que très lentement, s'améliorer encore après un très long délai. Malgré tout, le pronostic fonctionnel est des plus sérieux.

On connaît mal aussi les lésions. L'atteinte du neurone périphérique est certaine ; mais il y a sans doute aussi lésions des cornes antérieures de la moëlle et des voies pyramidales à en juger par l'ensemble des troubles réflexes (Guillain et Mollaret). Ces dernières lésions commandent le pronostic éloigné.

L'expérimentation donne à penser qu'en raison de son affinité pour les lipoïdes et pour la myéline, le toxique trouve dans les nerfs périphériques son lieu d'action prédominante ; l'incubation silencieuse correspondrait au temps de la diffusion le long des troncs nerveux et de l'établissement des lésions cytologiques. Le cylindre-axe est peut-être aussi touché directement.

Abstraction faite des facteurs terrain et peut-être aussi hérédité, qu'on ne saurait éliminer, il convient d'insister sur la haute nocivité du T. Des accidents paraissent après ingestion d'une quantité certainement minime : quelques pommes de terre frites suffisent à causer des accidents qui, après quinze mois et une amélioration partielle, ont encore l'aspect d'une sclérose latérale amyotrophique. Humpe, de son côté, signale des intoxications « au deuxième degré » par absorption de la chair d'un animal mort intoxiqué par le T.

En présence d'une intoxication aussi grave, on a eu recours d'habitude à l'association de diélectrolyse iodée transcérébromédullaire, de vitamine B et de strychnine, et plus tard aux massages. L'efficacité de ce traitement même persévérant est douteuse.

C'est donc à prévenir les intoxications qu'il faut s'attacher. Les clients du marché noir demeureront évidemment des victimes prédestinées. Mais peut-être une publicité bien comprise pourra-t-elle convaincre certains ouvriers trop avisés que le proverbe a parfois raison et que le bien mal acquis...

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 2 mai 1944

Notice nécrologique sur M. Chavannaz. — M. P. Mathieu.

Asthme et oxygène sanguin. — MM. Polonowski, Vallery-Radott, Santenoise, Blamoutier et Stankof. — Chez le sujet normal le fer hémoglobinique a un pouvoir fixateur de l'oxygène constant : 1 gr. Fe fixe 401 cm³ O. A l'état pathologique, ce pouvoir fixateur est très variable et peut s'abaisser considérablement, en particulier dans les affections dyspnétisantes.

L'examen de plusieurs centaines d'asthmatiques en crise aiguë montre des chiffres toujours abaissés et inférieurs à 300 cm³ (25 % de diminution); la capacité de fixation peut même tomber à 250, 245 cm³ (40 % de diminution).

Quand l'asthme est caractérisé par des crises atténuées, les chiffres sont moins faibles (310, 340 cm³).

Les scléreux pulmonaires, emphysémateux, tuberculeux avec dyspnée asthmatiforme ont, au contraire, une capacité de fixation presque normale.

Chez les asthmatiques en dehors des crises ou chez ceux dont les crises sont sujettes à alternances, les chiffres varient parallèlement à l'état clinique, allant de 372 entre les crises à 245 pendant les crises — chiffres extrêmes.

Chez des femmes présentant des crises d'asthme à périodicité menstruelle, on observe un parallélisme analogue.

Il y aurait donc une relation entre les crises d'asthme et cet abaissement de la capacité de fixation. Celui-ci a sans doute un rôle favorisant, mais ne paraît pas suffire à créer à lui seul la crise.

L'épreuve de la rétention pyélo-calicielle provoquée dans le diagnostic radiologique des maladies des reins. — M. Coliez (présentation faite par M. Bourguignon). — L'auteur donne les principaux résultats de la méthode de compression des uretères qu'il a décrite en 1930. L'urographie intraveineuse est une excellente épreuve fonctionnelle de l'élimination rénale, mais la pression de l'urine opacifiée restant, à l'état physiologique, assez faible dans les bassinets et les uretères, le moulage de ces cavités est souvent insuffisant.

Ayant retiré de cette épreuve physiologique les renseignements qu'elle comporte, l'auteur propose une compression des uretères sur le plan résistant des psoas. On provoque ainsi une stase pyélocalicielle transitoire qui réalise un moulage complet des papilles, des calices, des bassinets et de la partie supérieure des uretères et donne des images d'une grande finesse. Ainsi sont mises en évidence les malformations congénitales, hydronéphroses, tumeurs, cavernes (bacillose rénale); ainsi également est guidée l'éventuelle exploration instrumentale ultérieure.

Sur la lumière diffusée par les milieux troubles. Son intérêt en analyse. 1° Particules cristallines ; 2° Particules amorphes. — MM. Canals et Charra (Présentation faite par M. Fabre). — La diffusion de la lumière par les milieux troubles (suspensions, hydrosols, aérosols) dépend de nombreux facteurs et en particulier de l'opacité et de la dimension des particules, ainsi que de la stabilité des suspensions. Les auteurs ayant étudié les suspensions de sulfate de baryum obtenues, soit à l'état cristallin, soit sous forme de particules amorphes en milieu gélatiné, ont constaté que :

Les dosages néphélémétriques des milieux troubles à particules cristallines sont pratiquement impossibles par diffusimétrie, en raison de l'intervention de facteurs imprévisibles qui modifient la forme cristalline ou la dimension des particules et entraînent des variations de taux de la lumière diffusée.

Par contre, si ces mêmes particules, par un mode d'obtention approprié, sont sphériques et homogènes entre certaines concentrations, le dosage est possible.

Les poussières de charbon ont-elles un rôle dans la genèse des fibroses pulmonaires des mineurs ? — MM. Martin et Roche (présentation faite par M. Policard). — Etude faite entre juin 1943 et janvier 1944 sur 285 mineurs du bassin de la Loire, indemnes de bacillose. 61 (21,4 %) présentent des anomalies radiologiques.

193 n'ont jamais travaillé qu'au charbon; 27 (13,9 %) ont des anomalies radiologiques qui n'apparaissent qu'après dix années de mine et augmentent rapidement jusqu'à la quinzième année.

92 ont travaillé successivement au charbon et au rocher ; 34 (36,9 %) ont des anomalies radiologiques.

Il n'y a pas de différence radiologique ni symptomatique entre les sujets de la première catégorie et les silicatiques classiques.

Mais l'évolution, à s'en rapporter aux constatations des ouvriers eux-mêmes, ne comporterait pas pour la première catégorie la même aggravation progressive inéluctable.

La pathogénie des lésions demeure obscure : entraînement de poussières siliceuses ? action propre du charbon ? Ce dernier est en général peu irritant, exception faite cependant pour certains charbons anthraciteux, peut-être plus nocifs et dont la nocivité tiendrait peut-être à leur richesse en cendres.

SÉANCE DU 9 MAI 1944.

Rapport sur une demande de nouvelle dénomination de source minérale. — M. Fabre.

Notice nécrologique sur M. Jadin (de Strasbourg). —

La cholinestérase serique dans les affections hépatiques. — MM. N. Fiessinger, G. Glomaud et J. Carlotti. — La cholinestérase est considérablement abaissée dans les cirrhoses décompensées et d'autant plus que le trouble fonctionnel est plus profond, par contre elle atteint des chiffres normaux dans les affections hépatiques bénignes comme les ictères catarrhaux, la cirrhose en voie de résorption ascitique, les coliques hépatiques, etc. Cet abaissement de la cholinestérase n'est pas spécifiquement hépatique, il s'observe de la même façon dans les cachexies, certains cancers, certaines leucémies ou pneumopathies aiguës. S'appuyant sur cette constatation, les auteurs lui refusent toute valeur diagnostique, mais insistent sur l'importance de sa valeur pronostique durant l'évolution d'une cirrhose ou d'un ictère. C'est sous ce jour qu'il faut envisager cette méthode nouvelle qui doit prendre place dans la clinique courante.

La loi de Louis et les formes actuelles de tuberculose pulmonaire. — MM. P. Ameuille et P.-Y. Paley rappellent les modifications d'allure clinique de la tuberculose dans les dernières années.

En 1941, on a vu apparaître, avec une fréquence inusitée, les formes aiguës : miliaire pulmonaire généralisée, dite granulie, et formes infiltrées malignes, dites pneumonie caséeuse.

En 1942-1943, ces formes paraissent s'être rapprochées de leur fréquence normale, mais ce qu'on a vu plus souvent, c'est la forme à poussées successives subintrante du type de la phtisie galopante des phtisiologues classiques.

Les auteurs observent depuis quelques mois une nouvelle modification : ce sont des infractions d'un type inusité à la loi de Louis. (Cette loi, on le sait, avait été ainsi formulée par Louis en 1825 : 1° Les tubercules siègent primitivement au sommet des poumons et ils y sont toujours plus anciens qu'à la base ; 2° Après quinze ans il n'y a pas de tubercule dans un organe s'il n'y en a pas dans les poumons.) Or, dans les cinq derniers mois, sur 67 cas dont les auteurs ont pu déterminer la localisation initiale, cette localisation initiale était placée dans le segment infra-hilaire du poumon dans 18 cas, ce qui fait 27 % d'infraction à la loi de Louis, alors que Louis lui-même n'avait trouvé que deux exceptions sur 123 cas.

Ils signalent que les localisations perçues par eux se font souvent dans l'apex des lobes inférieurs, mais peuvent être franchement bacillaires. Il est d'autant plus difficile de l'expliquer que nous ignorons encore la cause du début apical des réinfections tuberculeuses du poumon. Une explication simple serait que ces débuts infra-hilaires sont l'évolution maligne d'un chancre d'inoculation de complexes primaires apparus tardivement. Malheureusement pour l'explication, on ne trouve jamais la signature du complexe primaire qui est l'adénopathie médiastinale et, d'autre part, l'âge des 18 malades ne s'y prête pas : le plus jeune a 20 ans, l'aîné 73 ans et 7 d'entre eux seulement ont moins de 30 ans.

Il faut se borner à constater d'une façon générale, sans pouvoir en préciser la cause, que le bouleversement de nos conditions d'existence modifie l'allure anatomique et clinique de la tuberculose pulmonaire d'une façon appréciable et variable, au fur et à mesure qu'il se prolonge.

Premiers résultats d'une campagne de vaccination antidiphtérique-antitétanique obligatoire chez l'enfant. La diphtérie devient une maladie de l'adulte. — M. Poulain (présentation faite par M. Ramon). — A Lyon une campagne de vaccination très active a commencé en janvier 1943 ; pendant toute l'année, on a observé la continuation de la poussée épidémique de 1942.

Cette épidémie a surtout frappé la population civile adulte, peu vaccinée, et les enfants au-dessous de 3 ans avant leur vaccination. La vaccination a.-D.-a.-T. a permis d'enrayer cette poussée chez les enfants de tout âge proportionnellement au nombre des vaccinés. Les cas de diphtérie des vaccinés (complètement ou incomplètement) ont été relativement très peu nombreux, bénins et de mortalité nulle. Les 32 décès par diphtérie concernaient uniquement des non-vaccinés, enfants ou adultes. Aucun décès n'a été enregistré chez les vaccinés. La population enfantine, la plus sensible à la diphtérie, a donc été épargnée dans une large mesure et ceci du fait de la vaccination.

Quand tous les enfants seront vaccinés correctement la morbidité diphtérique doit devenir infime et la mortalité nulle pour la population enfantine.

Les frottis tissulaires, procédé rapide de diagnostic histologique sur la table d'opération. — MM. Barthélemy et Castelain (présentation faite par M. Cunéo). — Un fragment prélevé pendant l'opération fournit, selon sa nature, des empreintes sur lame ou des produits de raclage au rasoir. Coloration : Panchrome ou May-Guënwald, absorber auparavant avec une substance absorbante le sang de souillure.

Examen purement cytologique, mais montrant la densité cellulaire, les atypies néoplasiques, cellulaires en particulier, le polymorphisme inflammatoire.

Des diagnostics précoces concernant des adénopathies chirurgicales, des tumeurs ou leurs métastases, des mycoses ont été le plus souvent confirmés par la suite.

SÉANCE DU 16 MAI 1944.

Rapports. — Sur des demandes en autorisation de vaccins. — M. Brocq-Rousseu.

Sur la maladie du sommeil (A.O.F., A.E.F. et Togo). — M. Tanon. — Vote d'un vœu.

Nomination d'une commission relative aux médicaments que les sages-femmes sont admises à prescrire. — MM. Bar, Balthazard, Couvelaire, Delépine, Bougault, Brindeau, Jeannin, Harvier.

Interactions bactéries-phagocytes et déclenchement des infections, à la lumière de certaines acquisitions récentes. — MM. Boivin, Delaunay et Mlle Pagès. — Certains constituants bactériens (nucléo-protéides et surtout polysaccharides) sont les principaux responsables de l'appel des polynucléaires dans les tissus infectés. Au contraire, d'autres constituants bactériens, les endotoxines glucido-lipidiques qui s'identifient aux antigènes O des germes se montrent capables d'entraver cet appel. Bien que les leucocytes aient conservé leur vitalité, la diapédèse est rendue impossible, d'où diminution de la résistance opposée par l'organisation à l'infection.

Des bactéries virulentes tuent des animaux intoxiqués par une quantité subléthale d'endotoxine, à des doses de 10 à 1.000 fois moins fortes que celles qui tuent des animaux témoins. Une quantité subléthale d'endotoxine transforme une infection inapparente en infection à marche progressive mortelle. L'endotoxine-antigène O d'un germe neutralise par combinaison l'antidotoxine-anticorps O existante chez un sujet immunisé. La défaillance de la diapédèse est ainsi doublée du pouvoir agressif spécifique des endotoxines. Sans doute se produit-il dans l'organisme humain des processus analogues à ceux que les auteurs ont ainsi observés chez l'animal d'expérience.

Sur la persistance de la communication interauriculaire. — M. Carrière (Présentation faite par M. Laubry). — Sur 400 autopsies, 116 cas de persistance d'un Trou de Botal ayant pu atteindre 3 à 4 cm. ont été relevés. Le plus souvent une valvule, placée le plus souvent du côté gauche, rend l'orifice étanche. Aussi, la tolérance peut-elle se prolonger jusqu'à 70 ou 80 ans.

L'inocclusion étant plus fréquente à droite, les bronchopathies aiguës et chroniques et surtout le rétrécissement de l'artère pulmonaire déterminent souvent et rapidement des accès de cyanose intenses. L'insuffisance est rapide dans les dilatations du cœur droit ou gauche et dans les sténoses métrales et aortiques. Il en résulte des asystolies brutales, irrémédiables, intenses, plus ou moins accompagnées de cyanose, sans cyanose dans les ectasies du cœur gauche.

Cette anomalie est le plus souvent latente; sauf dans deux cas de diagnostic pendant la vie, il s'agit de constatation d'autopsie. La thrombose cardiaque est fréquente dans ces asystolies. Deux fois l'auteur a relevé des embolies cérébrales croisées, détachées de thromboses du cœur droit. Orthodiagrammes ni électrocardiogrammes n'ont donné d'indications assez constantes pour faire foi.

Les aliments économiseurs de lait. — MM. J. Levesque et Jacquot montrent qu'il ne peut être question d'utiliser pour économiser le lait les seules farines de céréale. L'essentiel est de fournir une bonne protéine de remplacement. Trois sources de protéines peuvent être utilisées :

1° Les farines de soja et de tournesol, à condition de suivre les formules de fabrication déjà éprouvées depuis longtemps ; 2° Un mélange caséine-levure hypersucré ; 3° Le lait écrémé caramélisé évaporé, à condition de fournir au nourrisson quelques gouttes d'huile de foie de morue et la vitamine C indispensable, ces produits peuvent entrer dans la ration de l'enfant et, de cette façon, élargir le stock de lait de réserve. Il est capital que la fabrication industrielle soit impeccable et très surveillée.

Etude biologique et biochimique d'un trichophyton endothrix des bovidés : trichophyton acuminatum, var-astéroïdes. — MM. Sartory et Kocher.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 3 MAI 1944

Enquête sur le tétanos post-abortum. — M. J. Quénu apporte trois observations terminées par la mort et commente les conclusions de l'étude de 70 observations publiées. Le curettage et l'abstention donnent les mêmes résultats (75 % de mortalité). L'hystérectomie comporte des succès, mais il est difficile d'en fixer les raisons avec certitude. Sa valeur thérapeutique semble faible et la doctrine de l'hystérectomie totale précoce ne paraît pas sans danger.

MM. Huet, Banzet, Padovani, Rudler, Mialard, Meillère, Bazy apportent des observations nombreuses qui confirment les idées de M. Quénu.

M. L. Bazy souligne les variabilités de virulence du bacille tétanique, ce qui explique la difficulté de fixer les doses de sérum à injecter. Au point de vue prophylactique, il faut associer sérothérapie et vaccinothérapie.

Notes sur les furoncles de la face. — M. Dufourmentel souligne qu'au cours de la furonculose maligne de la face, le furoncle est toujours unique et siège au niveau des lèvres.

Occlusion paralytique aiguë du grêle et tumeur du mésentère. Résection intestinale. Guérison. — MM. Champeau, Cotillon et Maray. — M. Hepp rapporte cette observation dans laquelle il s'agissait d'un fibrome du mésentère.

Syndrome abdominal aigu en rapport avec une occlusion par ascaris. — M. Baillis. — Rapport de M. Mouchet.

Présentation de radiographie. Angiome vertébral. — M. Richard.

SÉANCE DU 10 MAI 1944.

Ileus spasmodique et adénite mésentérique. — M. Rousset, M. Moulonguet.

Ileus spasmodique spontané du grêle. — M. Baillis. Rapport de M. Alain Mouchet.

Hermaphrodite androgynoïde. — M. L. Barbier. M. Ombrédanne rapporteur, discute la conduite à tenir en présence de ces malformations.

Fistule duodeno-colique d'origine ulcéreuse. — M. Ormières. Rapport de M. Soupault.

M. Banzet rapporte une observation similaire dans laquelle la fistule était apparue spontanément.

Le traitement de la subluxation congénitale de la hanche. — M. Leveuf montre les distinctions anatomiques que l'arthographie permet d'établir entre subluxation et luxation. L'auteur a recours à une intervention intra-articulaire (résection cunéiforme du col) pour assurer un centrage correct de la tête du fémur.

Accident de la morpho-scopolamine intra-veineuse. — M. Huet discute la genèse de l'accident mortel qu'il a observé.

MM. Rudler, Blondin, Redon, Moulouguet, R. Monod ont observé des accidents analogues à celui de M. Huet.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 21 AVRIL 1944.

Pneumothorax spontané suivi de condensation rétactile par métastase d'un sarcome de la cuisse. — MM. Drouet, Herbeuval, Faivre (de Nancy). — Ce cas met en évidence les pneumothorax spontanés, non tuberculeux et bénins et la modalité spéciale d'évolution des néoplasmes broncho-pulmonaires.

Emphysème obstructif par néoplasme bronchique. — MM. Drouet, Herbeuval, Faivre, Simonin (de Nancy). Dans ce cas, l'emphysème apparaît comme une étape non obligatoire et fugace dans l'histoire de l'oblitération bronchique.

Emphysème kystique simulant un pneumothorax chez un grand emphysémateux. — MM. Drouet, Herbeuval, Faivre (de Nancy). Homme atteint d'un syndrome d'emphysème généralisé qui, à la base gauche, présenta un syndrome aérique simulant un pneumothorax spontané. C'était un emphysème kystique.

Etude clinique d'un nouvel antagoniste de l'histamine. — M. Philippe Decourt relate les résultats obtenus avec un nouvel anti-histaminique mieux toléré que l'antergan.

Leptospirose grippo-typhosique et spirochétose tardive. — MM. Sohier, Hirschberger et Roulin. Chez un sujet atteint, après des bains, des troubles de l'infection citée, dont le diagnostic fut établi par le séro-diagnostic positif, les spirochètes (sans doute des leptospires) ayant été retrouvés dans l'urine 5 mois après la guérison clinique.

Sur un nouveau cas de coma terminant un ictère du type catarrhal. MM. Jacques Decourt, Guillaumin et Courtin soulignent l'abaissement considérable des lipides totaux et du cholestérol et envisagent le rôle possible de ces perturbations dans le déterminisme des troubles cérébraux.

Maladie de Hodgkin à forme splénique pure. Splénectomie. — MM. Rimbaud, Serre, Bosc et Cazal. Cas d'aspect très atypique par suite d'une grosse splénomégalie solitaire. C'est un nouvel exemple de la forme splénique pure de la maladie de Hodgkin.

A propos d'un cas de silicose pure. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille, Bouygues et Verriez, insistent sur les caractères évolutifs de l'affection et sur les lésions anatomiques élémentaires péri-vasculaires interstitielles et alvéolaires expliquant l'évolution en dehors de toute bacillose décelable.

Tétanie et troubles mentaux. — MM. Jacques Decourt, Guillaumin et Chaillet rappellent, à propos de ce cas, l'existence de troubles mentaux graves dans l'insuffisance para-thyroïdienne et admettent une insuffisance para-thyroïdienne révélée par le facteur *carentiel*.

Obstruction bronchique mortelle par moules muqueux solidifiés. — MM. Ameuille et Tulou. — Dans ce cas, l'arbre bronchique d'un côté était occupé par un moule bronchique creux. Il paraît s'être agi de mucus concret et solidifié par dessication progressive.

Erythro-leucose aiguë avec lésions osseuses myélomateuses. — MM. Mouquin, Garcin, Catinat et Langevin. — L'intérêt de cette observation réside dans l'association d'un syndrome osseux myélomateux à une leucémie aiguë et aussi dans le fait qu'il s'agissait d'un type exceptionnel de leucémie aiguë (L. à hémocytoblastes) et qu'il s'y associait une réaction érythroblastique considérable.

Névralgie faciale secondaire d'origine centrale (sclérose en plaques) guérie par la neurotomie rétro-gassérienne. — MM. de Sèze et Sicard. — Toute névralgie faciale se présentant sous forme d'accès douloureux intermittents peut être guérie par la neurotomie rétro-gassérienne ou par les injections d'alcool. La possibilité de guérir une névralgie essentielle du trijumeau et les algies secondaires ne sont pas des affections différentes.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 18 AVRIL 1944

Considérations arithmétiques à propos de la vaccination antidiphtérique. — M. E. Saint-Girons fait remarquer que la proportion des cas de diphtérie est à Paris de 4 chez les non vaccinés pour 1 chez les vaccinés, mais que ces chiffres n'ont de valeur qu'en fonction du nombre total et absolu des enfants de chaque catégorie. La proportion réelle des cas de diphtérie en se basant sur certaines statistiques serait de 1 diphtérie pour 250 non vaccinés et 1 diphtérie pour 4.000 vaccinés.

Cardiopathie congénitale chez la mère et la fille. — M. Lamy, Mlle Jammet, Mme Pogneur et Mlle Schweisguth rapportent cette double observation : il y avait chez la mère une communication interventriculaire et une persistance du canal artériel confirmées anatomiquement ; chez la fille existent les signes de persistance du canal artériel.

Ces formes familiales sont rares mais fort intéressantes. Elles laissent supposer l'existence, dans certains cas au moins, d'un facteur héréditaire génotypique.

Inversion viscérale totale. — M. Lamy, Mlle Jammet et M. Blancard présentent un enfant de 11 ans atteint d'une inversion viscérale totale. Cette malformation se rencontre une fois environ sur 5.000 sujets dans l'entourage desquels on retrouve des faits de gaucherie ou de testicule droit en position basse ; elle se transmet parfois au travers de plusieurs générations.

Formes fébriles de la syphilis du nourrisson. — M. Marquézy en rapporte une observation typique et insiste sur les particularités cliniques et les difficultés du diagnostic.

Syndrome thomsenien, passage avec la myopathie hypertrophique. — MM. Boudet, Boucomont, Balmes et Passouant (Montpellier).

Pleurésie purulente à streptocoques chez un nouveau-né de quatre jours. — M. Bourdeau rapporte l'histoire de ce nouveau-né d'apparence normale qui a présenté le cinquième jour de la dyspnée et de la fièvre. Le lendemain, on constate l'existence d'un pleurésie purulente qui entraîne la mort en quelques heures.

La précocité de cette pleurésie pose le problème de l'infection intra-utérine ou de la pénétration du germe après la naissance. L'absence d'inflammation du cordon ombilical fait suspecter l'origine maternelle de cette streptococcie.

Tétanos vertébral chez un enfant vacciné. — MM. Pitheu et Mathieu rapportent l'histoire d'un enfant de 7 ans atteint pendant trois semaines de violentes douleurs vertébrales qui ne furent rattachées au tétanos que par l'apparition tardive de crises paroxystiques de contractures et de rire sardonique. L'amélioration fut très lente. Le caractère partiel et fruste et la lenteur d'installation de ce cas semblent liés à une immunité partielle acquise par vaccination antérieure.

Un cas de scanthomatose cranio-hypophysaire. — MM. Giraud, Bernard, Sanrot et Jullien (de Marseille).

Pyurie chronique et dilatation des voies urinaires d'excrétion. — MM. Giraud, Senez, Bergier et Marcorelles (de Marseille).

SÉANCE DU 10 MAI 1944.

Entérokystome de l'intestin grêle ayant déterminé une occlusion aiguë chez un nourrisson. MM. Leveuf, Chevalley et Laurence ont observé ce cas chez un nourrisson de quatre mois qui a succombé quelques heures après l'extériorisation de la lésion. Ils suggèrent pour l'avenir de ponctionner simplement le kyste, ce qui lèverait sans doute l'occlusion et permettrait l'exérèse ultérieure dans de meilleures conditions.

Erythrodermie arsenicale grave guérie par la sulfamidothérapie. M. Tixier a vu survenir chez un hérédo-syphilitique de trois ans une érythrodermie grave compliquée d'infection secondaire après la cinquième piqûre d'une deuxième série de novarsenobenzol. La guérison fut obtenue en sept jours grâce au traitement par le 1162 F. Il rapproche de ce cas deux observations antérieures.

Nouveau cas de syndrome hémolytique. Transfusion. Guérison. M. Tixier a vu apparaître brutalement chez un enfant de huit ans une hémoglobinurie massive accompagnée de vomissements et de douleurs abdominales très vives et suivie d'une anémie intense. Deux transfusions de 200 c.c. ont amené la guérison. Il y eut pendant la convalescence une azotémie passagère. Il discute les étiologies possibles dans ce cas.

A propos du pithiatisme infantile. M. L'Hirondel (de Caen).

Début d'enquête sur les familles de débiles mentaux. M. Launay et Mlle Doumic ont étudié vingt familles dans lesquelles deux enfants au moins étaient atteints d'arriération mentale. Ils ont mis deux fois la syphilis en évidence à coup sûr; dans deux autres cas, son rôle était douteux. Ils incriminent l'alcoolisme dans douze cas. Dix fois, enfin, la mère était elle-même atteinte de débilité mentale.

Suppuration pulmonaire circonscrite et sulfamidothérapie transpleurale après pneumothorax explorateur. MM. J. Marie, Derome, Serince et Mlle Cousin ont cherché à éviter chez les enfants le passage à la chronicité des abcès pulmonaires tout en évitant les dangers inhérents à l'intervention chirurgicale préconisée par Sergent et ses collaborateurs.

Dans ce but, ils font vers le deuxième mois de l'évolution un pneumothorax explorateur qui montre l'existence de zones d'adhérence et précise leur importance. Ils font en pleine zone d'adhérences une ponction qui a toute chance de rencontrer le foyer, évacuent la collection purulente et injectent dans la cavité des sulfamides et du lipiodol.

Ils apportent à l'appui de leur méthode trois observations de guérison d'abcès pulmonaires non guéris persistant après deux mois de traitement médical intensif.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

SÉANCE DU 3 MARS 1944.

Réactivations focales par injections d'anatoxine chez des sujets, vac-inés ou non, porteurs d'angines à bacilles de Löffler. — MM. Janson, . Chaptal et A. Vedel ont soumis à la seule anatoxithérapie un certain ombre de malades (23 vaccinés, 6 non vaccinés) atteints d'angines énignes d'aspect banal ou à fausses membranes très localisées, mais prélèvement bactériologique positif. Chez 4 vaccinés, après une évolu-ion initiale rapidement favorable, a été observée, 30 à 48 heures après injection, une réactivation manifeste de l'angine, avec fausses mem-ranes extensives et gonflement ganglionnaire, imposant la sérothé-apie. Une réactivation focale analogue, spontanément curable, a été otée chez un non vacciné. Les auteurs discutent de la réalité et du écanisme d'une phase négative consécutive aux injections d'anatoxine.

Nouveaux résultats de dosage des sulfamides dans les tissus. — IM. Janbon, J. Chaptal, P. Lazerges et G. Vallat.

Avitaminose C à forme de dystrophie générale avec anémie, œdème, ièvre et diarrhée, chez un prématuré débile. Réversibilité de tous les troubles et guérison rapide par vitaminothérapie. — MM. J. Chaptal t A. Biscaye.

Quatre cas d'encéphalite de la coqueluche. — M. J. Chaptal.

Des effets thérapeutiques du pneumopéritoine dans la tuberculose ulmonaire. — M. J. Vidal et Mme M. Faure établissent le bilan de eur expérience personnelle qui porte sur 25 cas. Ils ne relèvent que eux résultats favorables concernant des malades traités par pneumo-éritoine associé à une phrénicectomie. Dans tous les cas où le pneumo-éritoine a été employé seul, l'effet thérapeutique a été nul.

Pneumothorax extra-pleural et grossesse. — Chez deux malades, IM. E. Mourgue-Molines, J. Vidal et Mme M. Faure ont réalisé un neumothorax extra-pleural en cours de grossesse, pour traiter une tuber-ulose pulmonaire récemment apparue. L'intervention a été remarqua-lement supportée et s'est avérée rapidement efficace.

Lymphosarcome avec polyglobulie vingt ans après la guérison par la adiothérapie d'un lymphocytome de l'amygdale. — MM. G. Giraud, . Lamarque, J.-M. Bert, P. Mas et T. Desmonts rapportent l'obser-ation d'un lymphocytome généralisé chez un homme traité par la adiothérapie vingt ans avant pour un lymphocytome de l'amygdale et année après pour une récidive ganglionnaire, ce qui confirme l'action e la radiothérapie dans les lymphocytomes. Elle démontre à la fois a possibilité d'une suspension prolongée du processus et celle de réci-ives à longue distance. Hématologiquement, elle se distingue par la olyglobulie présentée par le malade.

Les leucopénies avec polynucléose relative ; syndrome alymphocytaire. . T. Desmonts rappelle la fréquence de la neucopénie avec polynucléose eutrophile au cours de la granulie et de certains lymphosarcomes géné-alisés et dans la crypto-leucémie lymphatique ; il montre que le syn-rome alymphocytaire est l'équivalent pour le tissu lymphoïde de l'agra-ulocytose pour le tissu myéloïde.

Puberté précoce chez une fillette de trois ans et demi. — MM. G. Bou-et, R. Bosc et M. Brunel.

Influence favorable de l'hépatothérapie associée à l'opothérapie médul-ire sur l'évolution d'une maladie de Biermer. — MM. R. Marot et . Desmonts.

Xanthomatose cutanée et tendineuse avec syndrome osseux doulou-eux. — MM. G. Giraud, P. Mas, T. Desmonts, G. Poncet et P. Cazal. emme de 37 ans présentant un xanthélasma palpébral bilatéral, des meurs xanthomateuses des tendons d'Achille, un souffle systolique ortique et des douleurs osseuses généralisées. Hypercholestérolémie à g. 80. Syndrome polyendocrinien particulièrement net : instabilité, motivité, asthénie, frilosité, aménorrhée et chute précoce des dents.

Recherches sur la sédimentation globulaire et son interprétation. — IM. P. Cazal et A. Maleki. — I) *Précisions techniques : rôle de l'encom-rement globulaire.* — Dans la mesure de la sédimentation globulaire, l'anticoagulant, la nature du verre et le diamètre du tube utilisé n'in-terviennent pas. Seule intervient la hauteur de la colonne sanguine. Ce fait est dû à l'encombrement globulaire qui est plus important dans les colonnes de faible hauteur et retarde la sédimentation. Une bonne mesure de sédimentation doit être opérée dans un tube très haut, la lecture faite après une heure pour les sangs à sédimentation lente, après un quart d'heure pour les sangs à sédimentation rapide, et la vitesse exprimée en mms de chute par heure. H) *La sédimentation dans les anémies ; rôle de l'agglomération des globules.* — Au cours des anémies, la sédimen-tation se fait en deux temps : la masse principale des globules se sédi-mente rapidement, mais quelques globules demeurent très longtemps en suspension dans le plasma. Ce phénomène ne s'observe pas en diluant le sang dans son propre plasma à des concentrations inférieures à 500.000 G.R. Il faut donc admettre que le principal facteur de la sédi-mentation nécessite une certaine concentration globulaire (supérieure à 500.000) c'est l'agglomération des globules. Les agglomérats ainsi formés tombent plus vite car leur poids augmente par rapport à leur surface.

A propos du diagnostic des cirrhoses bronzées : cirrhose mélanoder-mique sans sidérose. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant, H. Souchon et P. Cazal rapportent l'observation d'un malade chez qui avait été porté le diagnostic de cirrhose pigmentaire simple à forme atrophique, sur la constatation d'une mélanodermie associée à une cirrhose à petit foie sans diabète. L'autopsie a montré l'absence de sidé-rose viscérale ; le foie était pigmenté, mais il s'agissait d'une pigmen-tation biliaire banale, sans réaction ferrique. De tels cas montrent qu'il convient d'accepter avec réserve le diagnostic de cirrhose bronzée dans les formes incomplètes ou atypiques qui ne comportent pas un contrôle histologique (ponction-biopsie ou nécropsie).

Névraxite à forme de sclérose en plaques. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE (Suite)

16 *mai.* — M. Persignan. Contribution à l'étude de la sulfamidurie.

Mlle Labonde. Calvitie précoce et tuberculose pulmonaire.

M. Giacometti. Du traitement opératoire du décollement idiopathique de la rétine.

22 *mai.* — M. Pistre. — Etude d'un cas d'azotémie intermittente contemporaine d'accès d'asthme.

M. Hideux. — A propos d'un cas de cancer de l'estomac encore loca-lisé à la muqueuse.

M. Malot. — Du traitement chirurgical de l'arthropathie tabétique du genou.

M. Henry. — Considérations sur l'alimentation en Afrique du Nord.

23 *mai.* — M. Monier. — De l'association lugol-sulfamide dans le traitement des staphylococcies cutanées.

M. Serres. — Le mal napolitain du XVIe siècle en France.

M. Cottin. — Réflexions sur le sanatorium pour tuberculeux pulmo-naires.

M. Archaix. — Les intoxications du nerf optique par l'alcool méthy-lique.

24 *mai.* — M. Barbier. — Reflux duodénal facile dans les voies biliaires sans conséquence pathologique.

M. Mesnier. — Contribution à l'identification d'un syndrome de Rœ-derer.

M. Auzias. — Une organisation du service de médecine préventive et de contrôle d'une grande administration : Assistance Publique de Paris.

M. Nugues. — L'action de la sulfamidothérapie sur l'infection amnio-tique.

M. Jadot. — Formes chirurgicales de la tuberculose gastrique.

ANALYSES

Le syndrome du lendemain au cours de perforations gastro-duodénales couvertes. — Cl. Olivier (*Bullet. médical*, n° 7, 1er avril 1944).

L'auteur rappelle, en commentant plusieurs observations, que lorsque, après une crise nette suivie d'amélioration rapide et frappante, on trouve des signes de réaction péritonéale, on doit penser au diagnostic de perforation couverte ; la symptomatologie clinique est d'ailleurs souvent trompeuse par la modicité des signes physiques, leur migration vers la fosse iliaque droite. L'examen radiographique n'a de valeur que s'il montre un pneumo-péritoine ; l'absence de ce signe ne permet pas de rejeter le diagnostic de perforation couverte. P. L.

La chirurgie radicale du cancer de l'œsophage thoracique. — M. Ballivet, *Revue de Chirurgie*, 63e année, janv.-fév. 1944.

Après avoir rappelé les principales voies d'abord proposées ou utilisées, l'auteur montre que les tumeurs des deux tiers supérieurs de l'œsophage thoracique doivent être opérées par la voie transpleurale droite, tandis que les cancers de la partie inférieure sont plus accessibles par la voie gauche. L'examen préopératoire doit comporter une œsophagoscopie-biopsie qui donne une appréciation sur le *niveau* de la tumeur, un examen radioscopique qui renseigne sur la *longueur* de la lésion, enfin une thoracoscopie qui fournira des renseignements intéressants si la plèvre est libre et si l'on a pu obtenir un bon pneumothorax préopératoire. P. L.

Etude statistique des hernies, hernies étranglées et prolapsus génitaux avant et après 1940. — M. Bracq. — Société méd. anat. clin. de Lille 2 novembre 1943.

La comparaison du nombre des opérés en 1937-38 et en 1941-42, dans le Service de Clinique chirurgicale du Professeur Lepoutre donne une augmentation de 1 à 3 pour les prolapsus, de 1 à 2 pour les hernies non compliquées, de 1 à 4 pour les hernies étranglées. Ces chiffres, susceptibles de certaines corrections, se rapprochent de ceux publiés par MM. J. Braine et J.-C. Rudler, pour les hôpitaux parisiens.

L'A. rapporte simplement le résultat de ses recherches statistiques, sans prétendre élucider la cause de cette augmentation (amaigrissement, altérations tissulaires dues à certaines carences en protéines et en graisses) ; il insiste, en terminant, sur la fréquence actuelle des étranglements herniaires chez les personnes âgées. L. G.

Pathologie et traitement des maladies de la muqueuse gastrique, par le Dr Erwin Schliepake. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 27 mars 1943.

Il semble que les présentes conditions d'existence aient modifié l'aspect clinique des gastropathies ; les ulcères avec hypoacidité ou défaut d'acidité sont de plus en plus fréquents ; on observe leur association avec d'autres troubles digestifs.

D'autre part, le régime classique est d'une application difficile ; il semble que l'on doive attacher une importance croissante aux régimes de crudité aux repas sans boisson et aux aliments qui obligent à une mastication prolongée. Certains extraits spléniques semblent aussi doués d'une action régulatrice sur la sécrétion gastrique. R. L.

Les nouvelles possibilités de l'hormonothérapie, par W. Quitschal. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 17 juillet 1943.

Dans le traitement des paralysies postapoplectiques et des migraines les meilleurs résultats ont été donnés par les glandes fraîches qui ont la qualité de renfermer des ferments respiratoires et des catalyseurs. L'action régulatrice sur le système végétatif permet d'éviter des troubles trophiques et d'obtenir de meilleurs résultats dans les paralysies résiduelles, tout en faisant la part des différences individuelles imprévisibles. 90 % de succès dans la migraine de la femme se maintenant après un an ; beaucoup moins de succès chez l'homme ; mode d'action, indication, préparation de produits conservables et transportables demeurent à étudier. R. L.

Les Animaux Victimes des Infections Humaines, par le Professeur Verge, d'Alfort (*Revue de Pathologie comparée*, 44e année, n° 547-548, mars-avril 1944, p. 65).

L'homme peut, en maintes circonstances, se trouver à l'origine de différentes maladies animales : Tuberculose, brucellose, charbon, botulisme, fièvre aphteuse, infections inapparentes, telles sont les maladies que l'homme est capable d'infliger à ses commensaux.

La *tuberculose canine* atteint de préférence les chiens qui vivent chez les cafetiers, marchands de vins et restaurateurs, c'est-à-dire en des lieux où les crachats bacillifères font rarement défaut. L'auteur a établi récemment que l'infection spontanée du chien reconnaît pour origine, dans 65,7 % des cas, la variété humaine du bacille tuberculeux et dans 34.3 % des cas seulement, la tuberculose bovine. Le chien devient à son tour, par ses lésions ouvertes, très dangereux pour son entourage et surtout pour les enfants.

La *tuberculose du chat* ne se révèle du type humain que dans 4,6 % des cas.

On sait, Urbain en a apporté la preuve, que la *tuberculose des simiens* est presque toujours du type humain. Il en est de même pour le perroquet.

Zammit a établi, à Malte, que les troupeaux de chèvres qui viennent paître l'herbe souillée par l'urine des soldats atteints de fièvre ondulante, deviennent l'agent de transfert du virus de la *brucellose*.

C'est encore l'homme atteint d'une pustule maligne qui peut communiquer le *charbon* aux vaches qu'il soigne.

Aux Etats-Unis, des épizooties de *botulisme aviaire* sont dues à l'ingestion par les volailles des conserves altérées rejetées par l'homme et qu picorent les oiseaux.

L'auteur cite encore des cas de *peste animale* chez des rats contaminés par l'homme, et des cas de *fièvre aphteuse* d'origine humaine.

Enfin, il n'est pas jusqu'au porc qui n'ait été atteint par la *grippe* au cours de fortes épidémies.

« Reconnaissons donc, en toute humilité, conclut l'auteur, que les animaux domestiques sont parfois victimes des infections humaines, recherchons et mettons dès lors en œuvre les mesures qui permettront de préserver et de mieux soigner ces amis fidèles de l'homme... » M. L. S.

L'hygiène de l'habitat des animaux de la ferme, par M. Etienne Letard (*Revue de Pathologie comparée*, 44e année, n° 547-548, mars, avril 1944, p. 67).

La saleté des étables, dans trop de régions de France, va en général de pair avec la saleté et l'inconfort des maisons rurales. Il y a là certainement une des raisons de l'exode des populations rurales, mais la question est plus grave encore au point de vue de l'hygiène générale.

La promiscuité du bétail et du paysan qui vivent parfois ensemble dans une seule pièce, constitue un danger pour l'homme comme pour le bétail. Une enquête rapportée par l'auteur montre que les puits utilisant des nappes superficielles et fournissant l'eau destinée à l'alimentation et aux usages ménagers, sont souvent souillés par les infiltrations de purin, car rien n'est prévu dans ces étables pour l'écoulement de l'urine.

Les animaux condamnés à vivre dans de véritables taudis souffrent. Ce sont des animaux déficients. La viande qu'ils fournissent, sans être à proprement malsaine, manque de qualités nutritives. « Mais il est surtout une production animale pour laquelle les exigences du milieu sont impérieuses, c'est la production laitière. Il est impossible d'obtenir un lait hygiénique dans des étables obscures, mal aérées, en contre-bas, où s'accumulent purins et fumiers sur lesquels repose la mamelle quand la femelle est couchée. La traite faite parfois presque à tâtons, par un personnel dont le standard d'hygiène est adéquat à celui des étables, ajoute aux inconvénients précédents. *L'étable sale et l'homme sale font le lait sale*, donc malsain ».

L'auteur fait à ce sujet une remarque de haute importance : « *Les régions de France dans lesquelles la mortalité infantile est plus élevée, sont celles qui offrent le logement animal le plus défectueux*, celui-ci apparaissant non pas nécessairement comme un facteur direct de cette mortalité, mais comme une preuve nouvelle de la méconnaissance par certains milieux ruraux, de l'hygiène sous toutes ses formes. M. L. S.

CHRONIQUE

A la mémoire des médecins décédés.

Dans le cadre émouvant de l'Eglise Saint-Louis-des-Invalides, *Médecine et Famille*, l'association des *Médecins amis de la Famille* et des *Familles nombreuses médicales* vient de faire célébrer une messe à la mémoire des confrères décédés.

Il y a deux ans, *Médecine et Famille* avait organisé une première cérémonie commémorative à l'intention de nos morts des deux guerres, des médecins et sanitaires morts en captivité. Cette messe avait eu lieu dans la vénérable abbatiale de Saint-Germain-des-Prés, dont le curé était notre cher et respecté confrère le Dr Lancrenon. Aux côtés du regretté Serge Huard, alors secrétaire d'Etat à la Santé, on avait vu se presser les membres du Conseil de l'Ordre, les présidents de l'Académie de Médecine, de l'Académie de Chirurgie, le président de la Société médicale des hôpitaux, le doyen et le corps professoral de la Faculté, les représentants de l'Association Générale des Médecins de France, enfin d'innombrables confrères accompagnés de leur famille.

Cette année, grâce à la bienveillance du Gouverneur des Invalides, le général Mariaux, père lui-même d'une nombreuse famille, les médecins ont été accueillis dans l'église Saint-Louis des Invalides, sanctuaire de nos gloires françaises. Sous les hautes voûtes pavoisées de tant de nobles trophées, la cérémonie s'est déroulée devant une assistance encore plus considérable que celle de Saint-Germain-des-Prés. Elle réunissait, dans une parfaite union de sentiments, les praticiens et les patrons, les étudiants et leurs maîtres serrés autour des représentants du Gouvernement qu'avaient accueillis à leur arrivée le Dr Georges Labey, président et le Dr Renaudeaux, secrétaire général de *Médecine et Famille*.

Dans le chœur avaient pris place un officier supérieur de la Garde représentant le Gouverneur, les présidents de l'Académie de Médecine, de l'Académie de Chirurgie, le président de la Société médicale des hôpitaux, les représentants de l'Assistance Publique, du Service de Santé...

Dans la nef, l'affluence des familles médicales au complet, parents et enfants, grands et petits, donnait la juste et forte impression d'une véritable réunion de famille. Et, tout naturellement, les pensées de chacun se reportaient vers les chers absents, vers les maîtres et les confrères disparus, vers ceux qui sont morts en captivité, vers ceux qui sont retenus loin de leurs foyers, vers les confrères sinistrés, vers tous ceux dont la cruauté des temps nous a séparés.

C'est sous la présidence d'honneur de S. E. le Cardinal Suhard, archevêque de Paris, qu'eut lieu la cérémonie. Le cardinal avait, en effet, tenu à s'associer aux prières des médecins et il s'était fait représenter par M. le Vicaire Général Bohan.

La messe fut célébrée par M. l'abbé Jacques Labbé, fils de notre très regretté collègue d'internat le Dr Raoul Labbé et petit-fils d'un ancien médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'allocution prononcée à l'Evangile fut confiée à l'abbé Deglaire, docteur en médecine. Tous les officiants ou participants faisaient d'ailleurs partie de la famille médicale. Le cérémonial était dirigé par l'abbé Pierre Laisney, fils de médecin, assisté de nombreux étudiants en médecine.

Les exécutants des chants liturgiques et des chœurs, les instrumentistes étaient tous des confrères. Ajoutons que l'harmonium, remplaçant l'orgue en réparations, était tenu par Mme Marcel Labey, femme de l'éminent compositeur et belle-sœur du Dr Georges Labey.

A la fin de la messe, suivie par tous les assistants avec une ferveur bien émouvante, après les prières pour les morts, un cortège d'enfants vint recevoir des brassées de fleurs qui furent offertes par eux aux mères de famille. Puis M. le Vicaire Général Bohan, dans une courte allocution, se fit l'interprète de la pensée paternelle du cardinal.

Les assistants se retirèrent alors dans le même silence et dans le même recueillement qui avait marqué toute la cérémonie. Chacun emportait une profonde impression de cette manifestation chrétienne d'union française et professionnelle qui s'était déroulée le jour de la fête de Jeanne d'Arc, la sainte de la Patrie, et à quelques pas du tombeau de celui dont le grand souvenir est toujours si vivant.

Nous devons remercier *Médecine et Famille* et, en particulier, notre confrère Renaudeaux-Nobécourt, son éminent animateur, de nous avoir procuré ces instants de haut réconfort.

F. L. S.

Nécrologie

Le Dr François de VESIAN

C'était une personnalité remarquable que celle de François de Vésian qui vient de mourir à Toulouse, à l'âge de 85 ans. Ancien camarade d'études de Marfan et de mon père, Vésian avait débuté dans la médecine militaire et servi pendant dix ans dans les troupes d'Afrique. Il était ensuite revenu s'installer à Castelnaudary et se consacra aux malades de la région, tout en faisant des travaux de valeur sur la thérapeutique d'avant-garde. Il fut en France un des apôtres du végétarisme et du fruitarisme et publia chez Maloine un livre très remarqué. Il donnait lui-même l'exemple à ses malades et c'est certainement à sa méthode qu'il dut sa très belle et vigoureuse vieillesse.

Il avait eu une vie très active, médecin-chef d'un hôpital de la Croix-Rouge pendant la guerre 1914-1918, il avait pu conserver la charge fatigante de médecin de la Cie des Chemins de fer du Midi jusqu'en 1922. Son activité, il la devait à la sévérité de son régime, mais aussi à la pratique des sports. Dès le début de la bicyclette, il avait considéré la « petite reine » comme un engin professionnel indispensable, il s'en servit toute sa vie, ne craignant pas, à l'époque des vacances, de se lancer dans de grands voyages avec sa femme, comme Toulouse-Naples et retour. De grands circuits en Europe lui apparaissaient comme de simples délassements. La bicyclette lui permettait d'aller rejoindre dans les villes les plus éloignées des confrères qui aimaient la musique comme lui et avec lesquels il faisait de la musique d'ensemble ou exécutait ses propres compositions musicales.

Fixé, depuis 1910, à Toulouse, il y jouissait de l'estime générale et avait eu l'honneur de présider la vieille Académie des Arts de cette ville.

Maurice Mordagne.

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. A. Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'Institut bactériologique, membre du Conseil d'hygiène publique de France décédé à Lyon, victime du bombardement.

Mme Paul Cayro, femme de notre confrère, le Dr Paul Cayro, chirurgien à Prades (Pyr.-Or.), 15 avril 1944.

— Mme le Dr Lucie Choay-Denniel, ancienne externe des hôpitaux.

LIVRES NOUVEAUX

Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale. — La thérapeutique hormonale des maladies digestives. M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas. Librairie Maloine, Paris-Montpellier.

Ce livre, sans s'attaquer aux thérapeutiques classiques des maladies digestives, montre quelques-unes de leurs lacunes et s'efforce de les combler.

Qu'elles siègent dans l'estomac, l'intestin ou les voies biliaires, les affections digestives évoluent par poussées qui se manifestent, soit par des dystonies, spasmes ou atonies, soit par des hémorragies, soit par des ulcérations. Ces processus fondamentaux supposent un ébranlement du système neuro-végétatif qui peut être produit par les causes les plus diverses. Dans un grand nombre de circonstances, la perturbation neuro-végétative prend sa source dans un dérèglement hormonal par excès ou par défaut. On doit savoir que toute dysfonction endocrinienne peut ainsi retentir sur l'appareil digestif ou, en d'autres termes, que toute affection digestive peut avoir pour circonstance favorisante un dérèglement des glandes internes.

Les auteurs, après avoir rappelé les orientations doctrinales successives de la pathologie digestive au cours du dernier siècle et après avoir précisé les divers déterminismes des ébranlements neuro-végétatifs, étudient tout d'abord les troubles digestifs qui accompagnent presque nécessairement les grands syndromes endocriniens cliniques ou expérimentaux. Ils décrivent ensuite quelques affections curieuses, de nature endocrinienne, manifestées par une symptomatologie digestive prédominante (les endométrioses digestives, la sprue et la polycorie). Puis, en se basant sur leurs observations et travaux personnels, ils montrent par des arguments cliniques et thérapeutiques les rapports étroits des dystonies, des ulcérations et des hémorragies digestives avec les perturbations hormonales les plus diverses, quelle que soit l'endocrine envisagée et quel que soit le sens du dérèglement. Ils établissent que la correction de ces déséquilibres hormonaux suffit très souvent à modifier heureusement le trouble digestif en cause, de même que l'administration d'une hormone mal choisie l'aggrave dans la plupart des cas. Il y a là un exemple typique de ces endocrinoses et de ces poussées endocriniennes que les auteurs ont décrites dans les publications antérieures.

De leurs observations ressort avec évidence cette conclusion que les médications endocriniennes ont de nombreux titres à figurer dans la thérapeutique des syndromes digestifs, puisqu'elles permettent la correction du terrain sur lequel évoluent ces syndromes.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des médications endocrino-digestives, à leur mode d'emploi, à leurs risques éventuels qui résident uniquement dans une indication mal posée ou dans une administration abusive.

Renseignements.

Remplacements. — Le Directeur de l'Office Central des Etudes de Médecine nous prie de faire savoir qu'il a organisé, à Montpellier, un service de remplacements pour les confrères désireux de s'absenter cet été. Adresser les demandes des remplacements à l'adresse suivante : M. Saint-Martin, Président de la Corpo de Médecine, 5, rue de la Croix-d'Or, à Montpellier.

Dépôt légal 1944 : 2e trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. Le Sourd. 5-1994. Imp. de Montsouris, Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 2e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 12. — 15 JUIN 1944 117e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours de médecins des hôpitaux de Paris (1944). — Ont été reçus à l'épreuve de titres: MM. Laplane, De Graciansky, Sallet, Brocard, Bolgert, Debray, Thieffry, Duperrat, Varay, Cachin, Bouvrain, Gaultier, Conte, Rossier, Grossiord, Morin, Dugas, Demart, Siguier.

— Concours pour 3 places. *Jury.* — MM. Moussoir, Moreau, Lamy, Mollaret, Chiray, Bariéty, Marchal, Nicaud, Faroy, Lemierre, Jacob, Robert Clément.

Concours de Médecin des Hôpitaux (3 places). — (1re épreuve d'admission). — Jury. — MM. les Docteurs: Moussoir, Moreau, Lamy, Mollaret, Chiray, Bariéty, Marchal, Nicaud, Faroy, Lemierre, Jacob, R. Clément.

Concours d'Electro-Radiologistes des Hôpitaux (2 places). — (1er *Concours*). — Jury. — MM. les Docteurs: Humbert, Détré, Lomon, Guilbert, Joly, Delherm, Bussy : *Electro-Radiologistes* ; Garcin, médecin; Sicard, chirurgien.

Concours d'électro-radiologistes des hôpitaux de Paris (1er concours 1944, 2 places). — *Jury* : MM. Humbert, Detré, Lomon, Guilbert, Joly, Delherm, Jacques Busy. — Médecin: M. Garcin. — Chirurgien: M. A. Sicard.

Concours d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris (8 places). — Ont été nommés: MM. Bourdon, Mion, Huant, Perroy, Grain, Pulsford, Angamarre, Mlle Mottez.

Révision du programme du concours de l'Externat en médecine.

Programme des matières.

Le programme des matières qui pourront faire l'objet de questions posées par le jury est arrêté ainsi qu'il suit :

I. — Anatomie.

1° *Ostéologie.* — Le squelette en entier.

2° *Arthrologie.* — Les articulations: scapulo-humérale, du coude, radio-carpienne, coxo-fémorale, du genou, tibio-tarsienne.

3° *Myologie.* — Les muscles des membres, sauf la plante du pied. Les muscles masticateurs, sterno-cléïdo-mastoïdien, pectoraux, diaphragme, psoas iliaque, paroi abdominale.

4° *Vaisseaux.* — Crosse de l'aorte, les carotides (primitive, interne et externe). Sous-clavière. Artères des membres, sauf celles de la plante du pied. Veines superficielles des membres et jugulaire interne.

Lymphatiques de l'aisselle et du triangle de Scarpa.

5° *Nerfs.* — Les troncs nerveux des membres et leurs branches.

6° *Splanchnologie.* — Œsophage. Trachée. Pédicule pulmonaire. Culs-de-sac de la plèvre. Cavité du cœur. Configuration extérieure et rapports du cœur.

II. — Pathologie médicale.

1° Oreillons; zona intercostal et ophtalmique; varicelle; rougeole; scarlatine; fièvre typhoïde; diphtérie (signes et principales complications). Erysipèle de la face; tétanos (signes); diabète sucré (fondamentaux); rhumatisme articulaire aigu (signes et principales complications); érythème noueux (signes); Maladie de Basedow; myxoedème; Maladie d'Addison (principaux signes); chancre syphilitique (caractères cliniques).

2° Ulcères de l'estomac et du duodénum, cancer de l'estomac, sténose du pylore (signes).

Péritonites tuberculeuses (signes); hématémèse: méloena; ascite (séméiologie).

Ictère par rétention: ictère du cancer de la tête du pancréas, ictère du calcul du chodéloque.

Ictère catarrhal, ictère spirochétosique (principaux signes); colique hépatique; cirrhose de Laënnec (signes).

3° Colique néphrétique (signes) ; causes et signes des néphrites aiguës.

Principaux signes des néphrites chroniques.

4° Pneumonie franche aiguë; coqueluche (signes et diagnostic); abcès du poumon; dialatation des bronches; crise d'asthme (principaux signes).

Embolics pulmonaires ; oedème aigu du poumon (cause et principaux signes).

Pleurésie aiguë séro-fibrineuse; pleurésies purulentes (signes et caractères du liquide).

Pneumothorax spontané de la grande cavité.

Hémoptysies.

Mode et signes cliniques de début de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Le radiodiagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.

Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire.

5° Insuffisance aortique; insuffisance mitrale (signes cliniques); rétrécissement mitral (signes cliniques et radiologiques).

Causes et signes des péricardites avec épanchement.

Principaux symptômes de l'insuffisance cardiaque.

Aortite syphilitique; anévrysme de l'aorte (signes).

Angine de poitrine; infarctus du myocarde (signes cliniques exclusivement).

Phlegmatia alba dolens.

6° Numération et formule globulaire d'un sang normal (sans la technique).

Leucémie myéloïde; maladie de Hodgkin; anémie de Biermer (signes cliniques et hématologiques essentiels).

7° Comas (causes principales) ; séméiologie élémentaire des paraplégies spasmodiques; polynévrites alcooliques.

Forme paralytique de la poliomyélite antérieure aiguë (signes), signe de Babinski.

Hémiplégies (caractères cliniques) ; tabès (principaux symptômes); signe d'Argyll Robertson.

Symptômes des crises d'épilepsie; signes de Kernig; méningite cérébro-spinale à méningocoques; méningite tuberculeuse (signes).

8° Vaccination Jeunerienne; ponctions exploratrices et évacuatrices de la plèvre et du péritoine; réactions à la tuberculine.

Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien.

Injections intra-veineuses.

III. — Pathologie chirurgicale et obstétrique.

Abcès chaud; abcès froid; brûlures; lymphangite aiguë; adénite aiguë; adénite tuberculeuse; furoncle; anthrax.

Anévrismes artériels; anévrismes artério-veineux.

Signes et complications des varices.

Epistaxis. Cancer de la langue; ophtalmie purulente du nouveau-né; symptômes du glaucome aigu.

Fractures de côtes, leurs complications; mal de Pott dorso-lombaire; cancer du sein.

Hernie inguinale; hernie crurale; étranglement herniaire.

Symptômes de l'hémorragie interne; symptômes de l'occlusion intestinale aiguë; péritonites par perforation, soit appendiculaire, soit gastrique; cancer de l'œsophage; appendicite aiguë; cancer du rectum; hémorroïdes.

Hématurie; rétention d'urine.

Hydrocèle vaginale.

Tuberculose épididymo-testiculaire; métrorragies; kystes de l'ovaire; fibrome utérin; cancer du col de l'utérus; signes, diagnostic et complications de la grossesse extra-utérine.

Signes et diagnostic de la grossesse.

Avortement et ses complications.

Signes prémonitoires et description de la crise d'éclampsie.

Complication de la blennorragie chez l'homme, chez la femme.

Entorse; hémarthrose; hydartrose; complications des fractures; fractures de la clavicule, de la diaphyse humérale, de l'extrémité inférieure du radius, du col du fémur, de la diaphyse fémorale, de la rotule.

Fractures diaphysaires des deux os de la jambe; fracture de Dupuytren; luxation de l'épaule récente, antéro-interne.

Panaris.

Ostéomyélite aiguë.

Coxalgie.

Tumeur blanche du genou.

Traitement d'urgence des hémorragies externes.

Anesthésie par inhalation.

Respiration artificielle.

Désinfection des mains et du champ opératoire; stérilisation du matériel chirurgical.

Appareils plâtrés. Lavage de l'estomac; tubage duodénal.
Cathétérisme de l'urètre.
Transfusion sanguine.

Hôpitaux de la région parisienne.

Concours de l'Internat. — *Liste des candidats admissibles:* MM. Laumonier, Dionisi, Friedel, Brument, Routier, Vaujour, Grellet, Chauderlot, Feliciano, Postel, Meunier, Legros, Renault, Pauleau, Mognetti, Pepin, Roume, Haye, Dumée, Juret, Malinas, Teinturier, Hummel, Mlle Lelièvre, MM. Balmary, Clin, Gauliard, Pelbois, Dubray-Vautrin, Nalpas, Perrier, Laham, Cauchois, Mlle Renaudin, MM. Flavigny, Barbet, Thomas, Palfer-Sollier, Body, Descamps, Dubois de Montreynaud, Brisabois, Richard, Duché, Guillaumin, Coupaye, Sevegrand, Hurel, Foing, Le Tournau, Barbier, Lejeune, Leménager, Julia, Naudin, Wronecki, Lepront, Remond, Girard, Mlle Dugelay.

Préfecture de police.

Concours de l'internat de la Maison départementale de Nanterre. — Ce concours s'ouvrira très prochainement. Il y a à pourvoir à la nomination de trois internes titulaires en médecine et chirurgie, et cinq internes provisoires. Inscriptions dès maintenant et jusqu'au samedi 24 juin 1944, à midi, à la Préfecture de police (sous-direction du personnel).

Faculté de médecine de Paris.

Chaire d'Hygiène. — Par arrêté en date du 26 mai 1944, M. Joannon, professeur sans chaire, est nommé à compter du 1er juin professeur d'hygiène en remplacement de M. Tanon, retraité (*J. O.*, 4 juin 1944).

Vacances de chaires. — Sont déclarées vacantes : La *chaire de pharmacologie et matière médicale* (dernier titulaire M. Tiffeneau, admis à la retraite à compter du 1er octobre 1944); la *chaire de thérapeutique* (dernier titulaire M. Aubertin, admis à la retraite à compter du 1er octobre 1944); la *chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutique* (dernier titulaire M. Chiray, admis à la retraite à compter du 1er octobre 1944).

Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Tiffeneau, Aubertin et Chiray, retraités.

Facultés de province.

Bordeaux. — M. Derville, agrégé, est nommé provisoirement professeur de médecine légale en remplacement de M. Pierre Lande, retraité.

Lyon. — M. Chambon, professeur sans chaire, est nommé provisoirement professeur de chimie organique et toxicologie en remplacement de M. Morel, retraité.

M. Gate, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique, est nommé assesseur.

M. Pigeaud, agrégé, a été chargé, provisoirement, du service de la chaire de clinique obstétricale (en remplacement de M. Rhenter, décédé).

M. Paupert-Ravault, agrégé, est chargé, provisoirement, du service de la chaire de pathologie interne (en remplacement de M. Cordier, décédé).

Par arrêté en date du 13 mai 1944, la chaire de clinique obstétricale (M. Rhenter, décédé) et la chaire de pathologie interne (M. Cordier, décédé) sont déclarées vacantes.

M. Delore, agrégé, a été nommé, à titre provisoire, à compter du 1er mars 1944, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, en remplacement de M. Gaté, transféré.

Montpellier. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes: Cliniques médicale (Prof. Giraud): MM. Cazal et Souchon; des maladies mentales et nerveuses: M. Duc; de chirurgie maxillo-faciale: M. Chalmeton; gynécologique: M. Coste; chirurgicale infantile et orthopédie: M. Lescure; ophtalmologique: MM. Guidoni et Laliam (délégués avant titularisation).

Ecoles de Médecine.

Amiens. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira, le mercredi 25 octobre 1944, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Besançon. — M. Jacquemin est nommé professeur titulaire de pharmacie et matière médicale en remplacement de M. Jouffroy, décédé.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le 27 novembre 1944 devant la Faculté de pharmacie de Nancy.

Nantes. — M. Polles est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie en remplacement de M. Guéguen, transféré.

Caen. — M. Olivier, professeur suppléant de clinique médicale et pathologie interne, a été nommé, à compter du 1er mai 1944, professeur titulaire de la chaire de médecine expérimentale, en remplacement de M. Porin, transféré.

Ministère de la Santé et de la Famille.

Concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints stagiaires de la Santé.

Les épreuves écrites à ce concours auront lieu les 5 et 6 juillet 1944, à Paris, et éventuellement dans un centre de la zone Sud qui sera désigné par la suite.

Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Le nombre des places mises au concours est fixé à vingt au minimum.

Le concours est ouvert aux candidats des deux sexes âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1944. Toutefois, la limite d'âge supérieure est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant les droits à une pension de retraite ou validables pour la retraite, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 162 du décret du 29 juillet 1939.

Pour tous renseignements et inscription, s'adresser au ministère de la Santé et de la Famille (direction du personnel, du budget et de la comptabilité), 7, rue de Tilsitt, à Paris, pour la zone Nord, et à Vichy, hôtel Radio, pour la zone Sud, qui adressera le programme et les conditions du concours sur simple demande.

Médecins phtisiologues. — Il est ouvert un concours pour l'obtention du titre de médecin phtisiologue des services publics.

Les épreuves commenceront le 18 juillet 1944. Les inscriptions seront closes le 18 juin 1944.

Le nombre de places mises au concours est fixé à vingt, dont huit pour les sanatoriums publics.

Le concours est ouvert aux candidats des deux sexes âgés de trente-trois ans au plus, le 1er janvier 1944, titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au ministère de la santé et de la famille (direction du personnel, du budget et de la comptabilité, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, pour la zone Nord, et hôtel Radio, à Vichy, pour la zone Sud, qui adresseront le programme sur simple demande.

Médecins consultants régionaux de vénéréologie. — M. le professeur Nanta est nommé médecin consultant de vénéréologie de la région de Toulouse, en remplacement de M. le docteur Bergès, démissionnaire.

Il sera assisté dans ses fonctions par M. le docteur Gadrat.

M. le docteur Pierre Cuilleret est nommé assistant de M. le professeur Galée, médecin consultant de vénéréologie de la région de Lyon.

Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front

Section des Médecins de l'Avant 1939-1940

Ainsi qu'un appel paru dans les journaux médicaux en février 1941, l'avait fait connaître, sous l'égide des Associations Amicales des Médecins qui groupe toutes les Associations de Médecins anciens combattants, a été constituée la Section des Médecins de l'Avant 1939-1940.

Le but de cette Amicale est de grouper tous les médecins des corps combattants, les médecins des formations sanitaires et les médecins prisonnier de guerre qui, à tous les échelons, ont fait leur devoir.

En effet, si après la guerre de 1914-1918 on a pu attribuer la qualité de combattant selon des règles précises, l'aspect et l'allure générale de celle de 1939-1940 a complètement bouleversé ce qui avait été admis, aussi importait-il de ne pas faire de différence. Une seule Amicale devait donc trouver réunis tous les médecins qui ont rempli leur mission aux postes qui leur avaient été assignés. Cependant, pour faciliter le regroupement, trois branches ont été constituées : médecins des corps combattants, médecins des formations sanitaires, médecins prisonniers de guerre.

Dans chacune des deux premières branches envisagées, des délégués ont été appelés à participer à la direction du groupement.

Quant à la Section des prisonniers de guerre qui n'avait jusqu'ici pu être constituée avant le retour de nos camarades retenus en captivité, elle est maintenant en voie de formation.

La Section des médecins de l'Avant 39-40 qui sera le seul groupement autorisé par la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front serait donc particulièrement reconnaissante à nos camarades médecins récemment libérés de se faire connaître et d'adresser leurs demandes d'adhésion au *Docteur Jacques Grasset*, 5, boulevard Montparnasse, Paris VIe.

Le Comité de la Section des Médecins de l'Avant 1939-1940.

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Conseil du Collège départemental de la Seine.

Paris, le 20 mai 1944.

Devant l'éventualité des événements annoncés, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, soucieux de garder intact le prestige du Corps Médical, se fait l'interprète de celui-ci pour décider qu'aucun médecin ne devra quitter son poste sans une autorisation émanant du Conseil.

Cette décision entre en vigueur dès ce jour.

Le Conseil du Collège de l'Ordre.
Le Secrétaire général,
Dr Lafay.

Médecins consultants des organismes d'Assurances sociales.

En vue de l'application des dispositions de l'arrêté du 16 novembre 1942, art. 6 (*J. O.* du 5 décembre 1942), M. le Secrétaire Général de la Direction Régionale de la Santé nous prie de faire savoir aux membres du corps médical qui désireraient prêter leur concours aux organismes d'assurances sociales, à titre de « médecins consultants » (1) qu'ils doivent s'adresser avant le 15 juin au docteur Pruvost, Médecin-Conseil Régional, 9, rue Boudreau, Paris (9e), Tél. Opéra 29-40, qui leur donnera tous renseignements à ce sujet et leur remettra, le cas échéant, une fiche de candidature.

Cet avis ne s'adresse pas aux médecins qui, exerçant déjà actuellement ces fonctions auprès de diverses Caisses d'assurances sociales, ont rempli une fiche de candidature.

Le Conseil du Collège de l'Ordre.

(1) Il s'agit ici de médecins, spécialistes pour la plupart honorés à la vacation ou au dossier, et appelé à ne donner que des avis d'ordre purement technique.

Fiançailles.

Le docteur R. Benon, ex-Médecin-Chef des Asiles de Nantes, et Madame; Mme et M. F. Robert, sont heureux d'annoncer les fiançailles de Mademoiselle Geneviève Benon, externe des Hôpitaux de Paris, et de M. Henry-G. Robert, interne des Hôpitaux de Paris.

Mariage.

Le Docteur P.-A. Lop, le Docteur et Mme A. Lombard font part du mariage de leur petite-fille et fille Eliette avec M. René Bellot.

Le mariage a été célébré le 10 juin 1944, en l'église Saint-Ferréol-les-Augustins, à Marseille.

CORRESPONDANCE

Une circulaire adressée récemment à des médecins dans un but publicitaire mentionne, en l'affublant de commentaires dithyrambiques, un de mes travaux sur la sous-alimentation.

Je tiens à protester contre de tels procédés qui mettent en cause, à leur insu et sans leur demander leur avis préalable, des personnalités médicales.

Docteur Hugues Gounelle,
Directeur du Centre de Recherches de l'Hôpital Foch.


Dans l'ACIDOSE des
SOUS-ALIMENTÉS
due à un déséquilibre ionique
de l'organisme
FORMULE
JACQUEMAIRE
n° 60
équilibrant minéral par sa Magnésie associée
aux Glycérophosphates polyvalents et à la Silice
DOUBLE ACTION
NEUTRALISANTE (ramène le pH à la normale)
REMINÉRALISANTE (répare les pertes minérales)


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


PRIMUM NON NOCERE

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

REPARTITION DES CHEFS DE SERVICE, ASSISTANTS

INTERNES ET EXTERNES

ANNÉE 1944-1945

LISTE DES HOPITAUX *(Pour la recherche d'un hôpital se reporter à l'initiale indiquée)*

Ambroise-Paré (Boileau)	M	Claude-Bernard	S	Necker	D
Antoine-Chantin	AK	Cochin	F	Neuilly	AO
Baudelocque	Q	Debrousse	AF	Piccini	AL
Bicêtre	Y	Enfants-Malades	E	Pitié	B
Bichat	I	Garches-Suresnes	AI	Salpêtrière	Z
Boileau (ancien Ambroise-Paré)	M	Hérold	V	Sainte-Anne	AJ
Boucicaut	K	Hôtel-Dieu	A	Saint-Antoine	C
Bretonneau	U	Ivry	AA	Saint-Louis	N
Brévannes	AN	Laënnec	H	Sainte-Périne	AD
Broca	O	La Rochefoucauld	AC	Saint-Vincent-de-Paul	X
Broussais	J	Maison Municipale de Santé	W	Tarnier	R
Champrosay et sanatoria	AG	Manin	AP	Tenon	G
Chardon-Lagache	AE	Marmottan	AH	Trousseau	T
Cité Universitaire	AM	Maternité	P	Vaugirard	L
		Ménages	AB		

A. — Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. Fiessinger; assistant : M. Messimy; chefs de clinique : MM. Dupuy, Grislain, Lœper, Aussannaire, Nick; chefs de laboratoire : MM. Coquois, Glamand, Dumontet, Dognon-Merklen, Mlle Laur; internes : MM. Castaigne, Goury-Laffont; externes : MM. Besson (Pierre), Doll, Mlle Chenard, M. Lausecker, Mlle Thernot, MM. Timal, Rivron, Morinière, Lepront, Pilleron, Orcel, Mlle Jacquemin, MM. Raclot, Hervy, Charles, Detrie.

2. Médecin : M. Garcin; assistant : M. Kipfer; internes : MM. Danset, Piguet, Le Sourd (Maurice); externes : MM. Weissenbach, Boutroy, Gaillemin, Luquet, Dollfus, Egger, Emile-Zola, Landréat.

3. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Rambert ; interne : M. Perrier; externes : MM. Faure (Roger), Péquignot, Duvernoy (G.), Carron (Rob.), Peumery, Lees, Davaine.

4. Médecin : M. Nicaud; assistant : M. Laffitte; interne : M. Perier (Roger), Duhamel (E.-P.); externes : MM. Legros, Miault (Rob.), Goddé, Magnier, Rolland, Bénard (Pierre), Barbier (Ed.).

5. Médecin : M. Bariéty; assistants : MM. Lesobre, Hanaut; interne : M. Pluvinage; externes : MM. Villiaumey, Caine, Schweich, Caillol (M.), Méhaut, Bompard.

6. Centre de triage. — Médecin: M. Bariéty; externes: MM. Nedey (R.), Mlle Guéguen (Janine).

7. Chirurgien : M. Brocq; assistants : MM. Gueullette, J. Gosset, Rudler; chefs de clinique : MM. Vincent, Orfali (à titre étranger), Vieillefosse, Claracq (Robert); chef de laboratoire : M. Feyel; internes : MM. Delatour, Lanvin (Michel), Legrand (Marcel), Boreau; externes : MM. Brunet (B), Cartier (R.), Buchet, Lande, Cendron, Hauville, Boileau, Hélie, Bloch-Larroque, Benard (J.), Damoiseau, Porte (P.), Boucher (J.), Renier (J.), Mlle Nasse.

8. Accoucheur : M. Cleisz; assitant : M. Bret; internes : MM. Delater, Pellot; externes : MM. Cartier (René), Lainé (Paul), Mme Vallin, MM. Romicux, Hurel, Moraillon, Perrier.

9. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Velter; assistant titulaire du service : M. Joseph; assistant suppléant du service : M. Moussette (Jean); 1er assistant de consultation : M. Offret; 2e assistant de consultation : M. Prudhommeaux; chef de clinique : M. Sénéchal; chef de laboratoire : M. Offret; internes : MM. Bourguet, Ardouin; externes : MM. Lemasson, Voitot, Mlle Brunel (Suz.), MM. Hebert (Cl.), Descamps (L.), Mlles Bernard (Jacqueline), Devin (Gillonne).

10. Consultation de médecine. — Médecin : M. Albot; assistant : M. Blanchon; internes : M. Bœswillwald, Eman-Zadé; externes : M. Beaugrand (J.), Julien (Cl.), Leray (G.), Baufle (H.).

11. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Brocq; externes : MM. Chapuis (G.), Ricordeau, Dupray (Albert).

12. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Raison; adjoint : M. Friez; assistant : M. Malingre; externes: MM. Le Blay, Poteaux.

13. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Lagarenne.

14. Hydro-thermothérapie. — Chef : M. Joly; adjoints : MM. Prunel, Falcoz, Gailllard; assitants : M. Mole (ffon), Mme Delaplace, MM. Moro (Jean), Selle (ffon), Arraud (ffon); interne : M. Toufesco; externes : MM. Gilles (Henri), Girard (Emile).

15. Centre des tumeurs. — Interne : M. Aurousseau; chef de laboratoire d'anatomo-pathologie: M. Feyel; assistants de Rœntgen : M. Salaun; assistant de curiethérapie : M. Tailhefer.

B. — Pitié. — 1. Médecin : M. le Prof. Clovis Vincent; assistant : M. Thiébaut; chefs de clinique : MM. Trotot, Tardieu; chef de laboratoire : M. Berdet; internes : MM. Houdart (Raymond), Labayle, Barré (Yves); externes : MM. Lang (J.-L.), Ceccaldi (P.), Séjournet, Malvezin, Chailloux, Dandelot, Boursaux.

C. — Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le Prof. Lœper; assistant M. Varay; chefs de clinique : MM. Chassagne, Bourdin, Vermenouze; chef de laboratoire : MM. Lesure, Cottet, Mmes David, Mallarmé; internes MM. Trémolières, Bouygues; externes : MM. Hillion (P.), Crusson (C.) Malinas, Dambrine (L.), Hugodot (P.), Mlle Doucin (Marg.), MM. Du cret (Jean), Vilain.

2. Médecin : M. Chabrol; assistant : M. Cachin; interne M. Pergola externes : MM. Malègue (M.), Coullaud, Chirié (M.), Séguinot (Rob.) Gras, Mlle Lescoffy, M. Rudelle (V.).

3. Médecin : M. Mouquin; assistant : M. Macrez; interne : M. Bastin externes : MM. Ducrohet (M.), Lefebvre (Rog.), Lafleur, Pironneau Sevin, Lacau St-Guily.

4. Médecin : M. Jacquet ; assistant : M. Plas ; interne : M. Alhomme externes : MM. Coutureau, Chatriot, Siméon, Mlles Issarte, Buzot M. Levasseur.

5. Médecin : M. Jacob; assistantes : Mlle Scherrer, Mmes Langle Cans, M. Bourguignon; internes : MM. Alison, Hartmann (Lucien) externes : MM. Hoquet, Doumic, Bourgin, Devoé, Dosne (J.).

6. Centre de Triage. — Médecin : M. Jacob; externes : MM. Lacomb (Roger), Réjou, Massé (Robert).

7. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Bour ; internes : MM. Deprez Tourneur ; externes : MM. Fontanel, Eloi, Mlle Crochu, MM. Heyblon Poirault, Mlle Touraut.

8. Médecin : M. Decourt; assistant : M. Guillemin; internes : MM. Chateau, Blanc (Guy); externes : MM. Rinieri, Louchart (J.), Gaby, Flement (J.), Thuau, Avakiantz.

9. Chirurgien : M. Cadenat; assistant : Funk-Brentano; chef de clinique : MM. Fréret, Wintrebert; chef de laboratoire : Mlle Desmonts internes : MM. Mouton, Prochiantz, Oudot; externes : MM. Billot (J.) Lecomte (Rog.), Philippon (Ant.), Claude (A), Ravous, Dazelle, Bilaudet, Mlle Frey (Edith).

10. Chirurgien : M. Bergeret; assistant : M. Hepp; internes : MM. I Brigand (H.), Caufment, Bonvallet, Orfali; externes : M. Rogé, Mlle Garrigues, M. Leprat, Mlle Jeanne (Edith), M. Queinnec (André), Mlle Va Melle, M. Monégier du Sorbier.

11. Accoucheur : M. Lévy-Solal; assistant : M. Morin; internes MM. Bénézech, Arnaud (Louis) ; externes : MM. Gandar, Archambau (Léon), Lannes (Ray.), Mlle Mottais, MM. Barré (André), Maillard.

12. Oto-rhino-laryngologie. — M. Halphen; chef adjoint : M. Ombrédanne; assistant titulaire du service M. Bérard; assistant suppléant du service : M. Méresse ; assistants de consultation : MM. Buneau, Jourdan internes : MM. Poncet, Taptas; externes : MM. Grégoire (M.), Fallo Boissier (J.), Mlles Perrin (H.), Le Guen (Jacq.).

13. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant titulaire du service : M. Tran Ba Huy ; assistant adjoint de la consultation Mlle Schauving ; assistant de consultation : M. Decorps ; interne : Ml Aïtoff ; externes : Mlle Genin, MM. Cazes (G.), Jarry (Cl.), Soligna (Paul).

14. Consultation de médecine. — M. Hillemand; assistant : Mlle Mortalant; interne : M. Tournier (P.); externes : MM. Marguerite, Robe (Marcel), Coupé (Cl.), Devaux (J.), Mlles Delayre, Bec, MM. Gauthi (Paul), Duméry (Paul).

15. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Bréchot; assistant M. Lackmann ; externes : MM. Halmagrand (Y.), Haye (Gilbert), Rc (Georges), Féliciano.

16. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Thibault ; stomatologis adjoint : M. Hennion ; stomatologiste assistant : Mme Cernéa ; externes N... N...

17. Electro-radiologie. — M. Porcher; chefs adjoints : MM. Lefèv (Jacques), Pierquin (ffon); assistants : MM. Lamy (Robert), Kriffe

adioscopie : Mlle de Chappedelaine, Mme Gilles, MM. Boudaghian, Jotras; chef de laboratoire : M. Terrial; assistant de Rœntgen : M. Falcoz; ssistant de curiethérapie : M. Quivy; interne : M. Richard; externe : IM. Houde, Bessi, Brulet (René), Tequi.

18. Transfusion sanguine. — M. Sureau; externes : MM. Pisani, Jouent, Richard (Y), Bay (Pierre).

D. — Necker. — Médecin : M. Jacquelin; assistant : M. Turiaf; nterne : M. Bergeron; externes : MM. Herrault, Baron (G.), Canlorbe, rillard, Coudeyras, Andréani, Allary, Lefort.

2. Médecin : M. Richet; assistant : M. Lesueur (Emile); interne : I. Nebout; externes : MM. Ponson, Duvillé (Rog.), Auzoux (L), Léméager (J.), Madier.

3. Médecin : M. Binet; assistant : M. Conte (M.); interne : M. Bourère; externes : MM. Voyeux, Giraud (Rob.), Vernant, Dejours (P.), Pihon (P.).

4. Médecin : M. Debray; assistant : M. Provendier; interne : M. Berier (Y.); externes : MM. Duvillier (Y.), Debray (P.), Chatain, Malaert (B).

5. Chirurgien : M. Jean Berger; assistant : M. Mialaret; internes : IM. Salinési, Enel, Braillon ; externes : MM. Psaume, Prieur (J.), Baset (G.), Mlle Raveau (J.), MM. Laroche (J.), Hamard (G.).

6. Chirurgien : M. Gouverneur; assistant : MM. Dufour, Giard, Jauitre; internes : MM. Tostivint, Rognon (L.), Marzet; externes : Mlle Arillier, MM. Von Essen, Drumez, Challaye (J.), Gevraise, Chambellant, oinot, Maisse, Richard (Cl.).

7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Lambling; assistant : I. Soullard ; internes : MM. Dubois (J.-Cl.), Le Bozec ; externes : IM. Etienne (Pierre), Mas (Chrétien), Neel (Jean).

8. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Poilleux ; assistant : I. Fayot; assistant de Rœntgen : M. Mion; assistant de Curie : M. Loiseau; xternes : MM. Hug (Jean), Reberteau (Mie.),

9. Electro-radiologie. — M. Gilson; chef adjoint : M. de Leenw; assisant : Mme Gaucher; radioscopie : MM. Hickel, Lamy (Alfred).

10. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Gornouec; stomatologiste des ôpitaux adjoint : M. Lepoivre; assistant : M. Parent; externes : M. Le Bourhis (J.), Mlle Clermont (Raymonde).

E. — Enfants Malades. — Médecin : M. le professeur Debré; assistant : I. Thieffry; chefs de clinique : MM. Mande, Mozziconacci, Grenet, Nonaille, Mme Lamotte; chefs de laboratoire : M. Costil, Mme Gauchoux (moniteur); Mme Fauvert (moniteur); interne : M. Soulier; externes : MM. Tetu (A.), Boulard (P.), Mme Beccat, MM. Hueber (Y.-G.), Lassaolière (Ch.), Besson (H.), Mmes Vaultrin, d'Hespel, MM. Lapresle, Duoyer, Moulonguet (Henri), Dionnet, Curioni, Molho, Bory, Dousset, Jaufroy.

2. Médecin : M. Chevalley; assistant : M. Le Loc'h; interne : M. Halengue ; externes : MM. Bonfils (S.), Picard (Rob.), Hummel, Mlle Bruet (Violette), M. Le Tournau.

3. Crèche ancienne et nouvelle. — M. Chevalley; interne : M. Sarazin.

4. Médecin : M. Huber; assistant : M. Florand; interne : M. Loubrieu; Externes : MM. Daunay (Y.-J.), Batisse, Mlle Savariaud, M. Maret (Robert), Mlle Desbordes, M. Chambionnat.

5. Médecin : M. Lamy; assistant : Mlle Jammet; interne : M. Canus (Y.), externes : MM. Muffang (Yves), Clément (D.), Chemery, Mlle Bouget, MM. Baudet (André), Cohen-Scali, Gayno.

6. Centre de vaccination antidiphtérique. — M. Lafaille; externe : I. Chavigny.

7. Médecin : M. Heuyer ; assistant : Mme Dauphin; interne : M. Chaoutaud; externes : M. Tavernier, Mlle Hel, MM. Boutarie, Villey-Desneserets, Mlles Bordeaux des Barres, Geber, MM. Duché, Morin (Paul), Mlle Wolfer.

8. Chirurgien : M. le professeur Leveuf; assistant : M. Laurence; chefs e clinique : MM. Adam, Lecœur, Boissonnat; chef de laboratoire : I. Cartier ; assistant de consultation : M. Boissonnat; internes : MM. Raadier, Staub ; externes : Melle Meyer (Y.), M. Maillard, Mlle Descola, MM. Ranty, Vigneron, Clavreul (Y.), Mlle Bion, M. Lebreton, Mlle Wormer, MM. Collot (F.), Wallet (Y.).

9. Service médical d'Antony. — M. le professeur Leveuf ; interne : I. Leroy ; externes : Mlle Perrin (Huguette), M. Bertran (Jean).

10. Chirurgien : M. Huet ; assistant : M. Huguier ; internes : MM. ran-Van-Hoa, Etienne, Ferry ; externes : MM. Mainguet, Fourment Jean), Thibault, Mlle Frémont, MM. George (P.), Couvreur (J.), Mlle artinet.

11. Oto-rhino-laryngologie. — Oto-rhino-laryngologiste : M. Le Mée ; djoint : M. Richier ; 1er assistant titulaire du service : M. Tran-Huuuoc ; 2e assistant titulaire du service : M. Zhâ ; 1er assistant de consultation : M. Devaux ; 2e assistant de consultation : M. Mazarakis ; assistant hargé des nourrissons : M. Delormeau ; internes : MM. Muler, Jacquein (Jean) ; externes : MM. Georges (Ferdinand), Nicolle (M.), Autier Ch.), Ferrand (J.), Baumgart (A.), Ville, Vallée (Cl.), Desmonts (G.), iveret, Trousset.

12. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; assistant titulaire du service : M. Ducroix ; 1er assistant de consultation : M. Jourdy ; e assistant de consultation : M. Deschamps ; interne : M. Blancard Pierre) ; externes : MM. Le Nail (J.), Arnaud (P.), Pillet (J.), Beneetti.

13. Consultation de Médecine : Mme le Docteur Roudinesco ; assistante : Mlle Papaïoannou ; interne : Mme Guinard ; externes : MM. Guilloux (M.), Lutier, Gauliard, Vallin, Mlle Castelli.

14. Sélection. — Mme Roudinesco ; interne : M. K'brat.

15. Electro-radiologie. — M. Lomon ; externes : MM. Bertrand (J.), Vivier.

16. Radioscopie. — M. Mignon ffon; Mme Evrard ffon; chef adjoint : M. Bernard (Paul-Marie); assistants : MM. Defrance ffon, Villebrun ffon, Kimpel.

F. — Cochin. — 1. Médecin : M. le professeur Harvier ; assistant : M. Antonelli ; chefs de clinique : MM. Viguié, Deuil, Vignalon, Lamotte ; chefs de labo : MM. de Traverse, Lavergne, Thiébaud, Barreau ; internes : MM. Brault, Albahary, Courjaret, Hardel ; externes : M. Auvert (J.), Mlle Lebailly, MM. Closier, Postel, Robert (René), Marland, Mlle Noviant, MM. Lemoine (André), Descourtis, Charroux (P.), Mlle David, M. Laurent (Francis), Mme Tournier née Bricart, MM. Oeconomos, Solamito, Oteifa-Meyer, Boutry, Denis (Paul).

2. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Kudelski, Hinault, Fauvet, Lemoine ; chef de laboratoire : Mme Dubois ; adjoint : M. Brunet ; interne : M. Berthet ; externes : MM. Boutry, Betourné (Cl.), Fraisseix, Mlle Le Goff, MM. Féry, Gatineau (Et.), Mlles Klein, Chevallier.

3. — Service du dispensaire. — M. Ameuille ; interne : Mlle Cousin ; externes : MM. Gauer, Schaad, Vanderpooten, Ribierre.

4. Service des tuberculeux. — M. Ameuille; interne : M. Durand (M.); externes : M. Jérome (H.), Hervouet, Carayon (J.), Soulé.

5. Médecin : M. Coste ; assistant : M. Boyer (Jean) ; internes : MM. Durupt, Berger ; externes : Mme Pesle née Nevejans, MM. Joly (P.), Gadras, Moigneteau, Puyo (G.), Cavigneaux, Folgoas, Sassier (Guy).

6. Chirurgien : M. Quénu ; assistants : MM. Cauchoix, Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Thomeret, Lascaux ; chefs de laboratoire : MM. Perrot, Lemperière ; internes : MM. Jomier, Fénélon, Gauthey, Gougerot (Jean), Loygues, Kuss ; externes : Mme Mathey, MM. Chardon (R.), Roux (J.), Guénon, Salmon (Rob.), Bramat (J.), Gaultier (P.-F.), Passelecq, Mlle Gobert, MM. Goudal (H.), Pellerin (D.), Meyer (J.), Thiollet (J.), Ly Van Ky.

7. Chirurgien : M. Fey ; assistant : M. Couvelaire ; chefs de clinique : MM. Bouteau, Rousset ; chefs de laboratoire : MM. Busser, Perrier, Mlle Lebert ; internes : MM. Paley (J.), Seyer, Mercadier ; externes : MM. Lamare (J.), Bachy, Mme de Mazarin, MM. Aladénise, Duval (M.), Teinturier (Jules), Le Goff (Jean), Leclercq (Rob.).

8. Chirurgien : M. le professeur Mathieu ; assistant : M. Padovani ; chef de clinique : M. Schaefer ; assistant d'orthopédie : M. Pierre Lance ; chefs de laboratoire : M. Champeau; internes : MM. Lolmède, Woimant; externes : MM. Godet (Raoul), Mme Courtois née Calon, Mlle Gérard, M. Durand (André), Mlle Venès.

9. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Pollet ; interne : M. Piérart ; externes : MM. Fridel, Vigoureux, Mme Lagrange née Casau, Mlle Bauzin.

10. Consultation de Chirurgie. — Chirurgien : M. Ménégaux ; externes : MM. Dupuis, Boëffard, Mazel, Saïto.

11. Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Dollfus ; assistant de consultation : M. Pérol ; externes : M. Gourinat (Pierre), Mlle Lhommet-Isoard.

12. Electro-radiologie. — M. Darriaux ; chef adjoint : M. Montmignaut ffon ; assistants : MM. Dubois (Ed.), Degand (Félix), Richard ffon ; Wattez ffon ; internes : MM. Verstraëte, Tulou ; externe : M. Saloff.

13. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lattès ; adjoint : M. Vrasse ; assistant : M. Cabrol ; externes : N..., N.

14. Oto-rhino-laringologie. — M. Leroux; assistant de service : MM. Loiseau (Guy), Aurenche ; assistant de consultation : M. Chevalier (Alex.) ; interne : M. Galand ; externes : MM. Grellet (Maurice), Costel (Yves), Mlle Caubel, MM. Gautier (Léon), Brisabois.

G. — Tenon. — 1. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Siguier : interne : M. Girauld ; externes : MM. Coquard, Choay, Mlle Kergoyan, MM. Cottrell, Poumailloux, Dufourmentel (Ph.).

2. Médecin : M. Brulé ; assistant : M. Gilbrin ; interne : M. Tricot ; externes : MM. Meunier, Bertrand (Jean), Moulonguet (Albert), Mlle Lautier (Nicole), MM. Vimeux, Tuffier (J.), Faivre (Marc).

3. Médecin : M. Guy Laroche ; assistant : M. Bompard ; interne : M. Boutier; externes : MM. Betuel, Baron (J.-P.), Bouelle, Vernes, Le Courtois.

4. Médecin : M. May ; assistants : MM. Netter, Ollivier ; internes : MM. Alloiteau, Fortin ; externes : MM. Brodin (Jean), Brûle (Georges), Mlle Ranson, MM. Cotoni, Thyss, Estève, Mme Hatt née Auquier, MM. Hautefeuille (Cl.), Roussillon.

5. Médecin : M. Marchal ; assistante : Mlle Lotte ; interne : M. Davy ; externes : Mlles Rozanès, Herman, MM. Homualk (Georges), Faugeron, Bouttier (Léon), Claoué.

6. Médecin : M. Even ; assistants : MM. Chareire, Lecœur, Cros-Decam, Damon (Pierre) ; internes : MM. Chevrolle, Roujeau ; externe : Mlle Solier (Marg.).

7. Médecin : M. Carrié ; assistant : M. Roux ; interne : M. Sibertin-Blanc ; externes : Mlle Bourget, MM. Rameix (Pierre), Devaux (J.-J.), Aldighieri, Dubois (Jacques).

8. Médecin : M. Rachet ; assistant : M. Busson ; internes : MM. Blancard (J.), Ristelhueber ; externes : MM. Vaysse (P.), Eltrich (Robert), Renard (J.-P.), Casati, Mlle Villey-Desmeserets, MM. d'Oblonsky, Brac.

9. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : M. Judet ; internes : MM.

Pérol, Klein, Pujol ; externes : MM. Marotte, Chartier (Michel), Longnos, Ziégler, Mlle Liger, MM. Delorière, Verneaux.

10. Chirurgien : M. Maurer ; assistants : MM. Sauvage, Mathey ; attaché médical : M. Rolland ; internes : MM. Daumet, Roy (B.), Darris ; externes : MM. Tobé, Magne, Maurou, Fayet (Henri), Mlles Blot, Jouy, M. Cramer.

11. Chirurgien : M. Moulonguet ; assistant : M. Verne (Jean) ; internes : MM. Campagne, Delagarde, Caplier ; externes : Mlle Chevillon, MM. Foissin, Marie (J.), Frédou, Fleury (Daniel), Thuilliez, Vincent (Jean), Richard (Cl.).

12. Accoucheur : M. Digonnet ; assistant : M. Bigey ; internes : MM. Maigne, Guillemart ; externes : Mlle Chaussé (Fr.), MM. Kalachnikoff, Hébert (Rol.), Hoppeler, Contencin.

13. Oto-rhino-laryngologie. — M. Chatellier ; assistant : M. Remy-Néris ; assistants de consultation : MM. Magnien, Pouquet ; internes : MM. Chardin, Gross ; externes : MM. Ramaroni, François, Mlle Villedrouin, MM. Constant, Gougaud, Morvant.

14. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant titulaire du service : Mme Delthil ; assistante de consultation : Mlle Odic ; interne : M. Adam E. P. ; externes : M. Weiler, Mlle Lhugnon (M.), M. Rey (Maurice).

15. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Escalier ; assistants : MM. Guilly E. P., Lamy (Robert), E. P. ; externes : MM. Vivarès, d'Halluin, Mlle Peureux, MM. Frette, Chanderlot.

16. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacronique ; adjoint : Mme Chaput ; assistant : M. Béal ; externe : M. Massart (Jean).

17. Consultation de Chirurgie. — Chirurgien : M. Deniker ; assistant : M. Viala ; externes : MM. Dussaux, Delmas (Pierre), Cuisiniez.

18. Electro-radiologie. — M. Lepennetier ; chef adjoint : M. Morin ffon ; assistants : MM. Godefroy (Michel), Grain (Rob.), Chambonnet, Simon (Franck), Vannier ; externes : MM. Berthomier (Gérard), Jousseaume.

19. Radioscopie. — M. Aubert (Jean). — Electro-radiologiste : M. Mallet ; chef de laboratoire : Mlle Gasne. — Rœntgen et Curie : M. Lecamus.

20. Centre des Tumeurs : M. Moulonguet ; interne : M. Lallemand (J.).

H. — Laënnec. — 1. Médecin : M. le professeur Troisier ; chefs de clinique : MM. Lacorne, Chevallier, Boulanger, Tulou ; chefs de laboratoire : MM. Bariéty, Harispe, Mlle Koehler ; assistants : MM. Brouet, Chadourne, Nico, Herrenschmidt ; commission spéciale : assistants : MM. Brissaud, Baudouin ; chef de laboratoire : M. Brocard ; internes : MM. Capron, Marche ; externes : MM. Lévêque (Cl.), Bourrillon (Roland), Poilpré, Laurent (Georges), Sebillotte, Drouet (Pierre), Foix (Laurent), Mlle Reynier, MM. Denoyelle (Jacques), Fleury (Pierre).

2. Crèche. — M. le professeur Troisier ; externes : M. Deroide, Mlle Labesse.

3. Dispensaire Léon Bourgeois. — Externes : M. Fouquernie, Mlle Gabalda, Mlle Métivier, M. Bernier (Jean).

4. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard (Serge) ; interne : M. Godlewsky (Guy) ; externes : MM. Colbert (Jean), Trouillard, Luizy, Duroselle, Cleisz.

5. Médecin : M. René Bénard ; assistant : M. Royer de Vericourt ; interne : M. Darnis ; externes : MM. Anglade (G.), Martinetti (J.), Péan (G.), Fallas, Ribéra.

6. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard ; interne : M. Duhamel (Gérard) ; externes : MM. Tinel (G.), Caux (M.), Petitcollot (Jean), Mlle Renaudin (S.), M. Foucaud (Jean).

7. Médecin : M. Pruvost ; assistants : MM. Brincourt, Depierre, Thoyer, Mlles Blanchy, Aubin ; chef de laboratoire adjoint : M. Mabileau ; internes : MM. Roman, Isorni ; externes : MM. Monlibert (Louis), Soulier (Cam.), Mlle Thomas (G.), MM. Mouchot (Ph.), Briant (Yannik), Gaignoux, Maguer (J.), Paque, Genevray, Régent, Ruaud (Guy), Chapuis (Gérard).

8. Dispensaire Léon Bourgeois. — Médecin : M. Pruvost ; externes : MM. Lemercier (Jean), Mlle Fauvarque, M. Dionis du Séjour.

9. Chirurgien : M. N... ; assistants : MM. Gérard-Marchant, Meillère ; internes : MM. Weyl, Roblin ; externes : MM. Thomas (Ch.), Prévost (François), Mme Lande née Launay, MM. Flin (Pierre), Guyot (René).

10. Chirurgien : M. Robert Monod; assistant : M. O. Monod; attachés médicaux : MM. Beuzard, Duret ; internes : MM. Gauchy, Fournier ; externes : MM. Pelbois, Castillon du Perron, Mlle Hausslein, MM. Leproux (L.), Blondet, Casalis (Fr.), Arsac.

11. Oto-rhino-laryngologie. — M. Ramadier ; 1er assistant titulaire : M. Maspétiol ; 2e assistant titulaire du service : M. Soulas ; assistants suppléants du service : MM. Eyriès, Mathieu (Cl.) ; assistant de consultation : M. Ebstein ; interne : M. Huber (Jean) ; externes : MM. Massonnet (J.), Raugel, Prudhomme (P.), Séro-Guillaume, Tiriau, Bara (Jean), Pialoux (Paul).

12. Ophtalmologiste : M. Parfonry ; assistant titulaire du service : M. Desprès (Albert) ; assistant suppléant du service : M. Bricage ; assistante de la consultation : Mlle Thévenot ; interne : M. de Ponton d'Amécourt ; externes : M. N.

13. Consultation de Médecine : M. de Brun du Bois Noir; assistant : MM. Inbona E. P., Coffin ; externes : MM. Lartizien, Mme Picard, M. Escoffier (J.).

14. Commission de Chirurgie. — Chirurgien : M. N. ; externes : MM. Reberteau, Lévêque (Georges-Louis).

15. Stomatologie. — Stomatologiste : MM. Darcissac et Gérard Maurel (3 jours chacun) ; adjoint : M. Maleplate ; assistant : M. Mesnard externe : M. Ortéga.

16. Electro-radiologie. — M. Aimé ; chef adjoint : M. Helie ; assistant M. Jouveau-Dubreuil ; interne : M. Leddet ; externes : Mlle Morin-Gauthier, MM. Barbet (Eugène), Touchard (Pierre), Remond, Cousin (Robert), Denis (J.-P.).

17. Radioscopie. — MM. Angamarre, Dramez ffon.

I. — Bichat. — 1. Médecin : M. Ravina ; assistant : M. Pecher (Yves) internes : MM. Couder, Robin ; externes : MM. Forès (Cl.), Sapin (Guy) Mlle Leisen, M. Sebaux, Mlle Fayol (S.), MM. Hue (G.), Menut (Jacques), Bedouelle.

2. Médecin : M. Paraf ; assistants : M. Vibert, Mlle Lécuyer, MM. Calamy, Pigeon ; internes : MM. Perraudin, Lhermitte ; externes : MM. Herlemont, Nœuvéglise, Mlle Barbie, MM. Julia, Grégoire (Marc), Mlle Reneaud, MM. Bouvier (Rob.), Jeulin (Rob.), Garnier (P.), Mirot Laroza.

3. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Arnous ; internes : MM. Lamy (Robert), Pichot ; externes : MM. Malvy, Chasle (Jean), Pernelle, Girard (J.), Poizot, Guillet (André), Gillot (Guy), Moullec.

4. M. le professeur Vallery-Radot (Pasteur); assistant : M. Domart chefs de clinique : MM. Welti, Gerbeaux, Vialatte ; chefs de laboratoire MM. Maurie, Bousser, Tabone, Wattez, Milliez ; internes : MM. Riche (G.), Gorin (R.), Sévileano ; externes : MM. Vidal (L.), Burkel, Ramon (J.), Bardon (J.), Cotlenko, Mme Cotlenko, Mlle Carette, MM. Dapoigny Tréboute.

5. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. Lafon ; internes : MM. Suquet Combet ; externes : MM. Lecœur (Jacques), Boissy, Morin (P.), Giraud (Gab.), Samson (Jean), Hellouin de Membus, Gélivet, Ozanne.

6. Chirurgien : M. Charrier ; assistant : M. Chigot ; internes : MM Joué, Veyrières, Pointeau ; externes : Mlle Anglès, MM. Masse (Philippe) de Brisson de Laroche, Michaux (Gilb.), Baué, Mevel, Florent (René) Franquet.

7. Chirurgien : M. Petit-Dutaillis ; assistant : M. Guenin ; internes MM. Rouget, Houdard, Thierry ; externes : MM. Connault (Jacques) Piaux, Michelin, Fourcade, Griffe, Lesage (Denis), Wargnier.

8. Chirurgien : M. Wilmoth ; assistant : M. Calvet ; internes : MM Boudot, Kroff, Raynaud ; externes : MM. Cauche, Guillet (Robert), Letessier, Guyot (André), Djindjian, Bonnet (Gilbert), Mlle Chapu.

9. Accoucheur : M. Desnoyers ; assistante : Mme Fayot-Petitmaire internes : MM. Galey, Maurin ; externes : MM. Troudet, Dufourmentel (Gérard), Carage, Fleury (Louis), Brémond (Guy), Violette (Guy), Rainaut (J.-J.).

10. Oto-rhino-laryngologie. — M. Aubry ; assistant titulaire du service : M. Leroux (Rob.) ; assistants de consultation : MM. Bernardini Oudot ; interne : M. Joublin ; externes : MM. Hervé (R.), Cardin, Gravot Boujon, Marest (Alph.).

11. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Prelat ; assistant titulaire du service : M. Sénéchal ; assistant de consultation : M. Dupuy Dutemps ; assistant suppléant du service : M. Goéré (Alain) ; interne M. Polliot ; externe : Mlle Spinasse (Cl.).

12. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Bousser; assistante Mlle Huguet ; interne : M. Rathery ; externes : MM. Lelièvre, Heitz Collin (Jean), Fleuriot, Goujon (Camille), Lesieur (Daniel), Michard (Jean), Tomatis.

13. Consultation de Chirurgie. — Chirurgien : M. Boudreau; assistant : M. Walther ; externes : MM. Wisner (Jean), Weckerlé, Pedrono

14. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Fleury ; adjoint : M. Bornet assistant : M. Géré ; externe : M. Dorenlot.

15. Policlinique Ney. — Consultation de médecine infantile : M. Grenet ; assistante : Mlle Bonnenfant ; interne : Mme Pillet ; externes Mlle Claesen, M. Loubry, Mlle Wodzinski.

16. Laboratoire de Bactériologie de secteur. — M. Mauric.

17. Radioscopie. — M. Wattez, M. Vromet ffo.

18. Electro-radiologie. — M. Beau ; chef adjoint : M. Chevilleau ffo assistants : MM. Huant, Azoulay ffo, Vernet ffo, Sauvegrain ffo ; externes MM. Pépin (René), Lévêque (Bernard), Masmonteil.

J. — Broussais. — 1. Médecin : M. le professeur Donzelot ; assistant : M. Bardin ; chefs de clinique : MM. Guillemin, Tétreau, Eman Zadé (à titre étranger) ; chefs de laboratoire : MM. Heim de Balsac Ecalle ; internes : MM. Sénéeat, Boyer ; externes : MM. Bailleul, Meunier (J.), Le Rolland Colvez, Parrot, Lebrun (Jacques), Renouvin, Nenfi.

2. M. Villaret ; assistant : M. Moutier ; chefs de clinique : MM. Imbona, Bellin, Cornet ; chefs de laboratoire : MM. Barbier, Brunet, Cachera, Mouton ; internes : MM. Paley, Gerbaux ; externes : MM. May (J.-L.), Polonowski, Mme Brillard, M. Revil, Mlle Cruciani, MM. Bertheaux, Mognetti, Frézal.

3. Médecin : M. le professeur Abrami ; assistant : M. Dugas ; chef de clinique : MM. Motte, Audoly, Cuvereau, Mme Weill ; chefs de laboratoire : Mlle de chez Le Prêtre ; internes : MM. Paraf, Borniche, Lange externes : Mlles Daveau, Dubuisson (E.), MM. Foucher (Michel) Choffel, Gatelman, Malizard, Mathieu (Emile), Hervé (R.), Ghezzi Sevegrand.

4. Médecin : M. Poumailloux ; assistant : M. Tétreau ; internes MM. Zadikian E. P., Goujon E. P. ; externes : MM. Jouveau-Dubreuil Chevallier (Pierre), Olivier (René).

5. Médecin : M. Chevallier ; assistant : M. Colin ; internes : Mme Boreau, M. Decroix ; externes : MM. Lestocquoy (Ch.), Rousselet (Jean) Mlle Leclerc, MM. Nézeloff, Tabernat, Tremblay, Morel (René).

6. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Coldefy ; internes : MM. Robert (Henry), Mazars, Mlle Garnier ; externes : Mlle Mattei, MM. Breitmann, Martelli, Gautard, Pollet (Jean), Louvot, Mlle Puiseux.

7. Chirurgien : M. de Gaudart d'Allaines ; assistant : M. Patel ; internes : MM. Dubost, Debusschère, Poussier, Delouche ; externes : M. Lecasble, Mlle Périneau, MM. Lagrange, Lo Jacono, Mlles Fouchier, Mulsant, M. Hindermeyer.

8. Médecin : M. Aubin ; assistant titulaire du service : M. Clerc ; assistant suppléant : M. Flon ; assistant de consultation : M. Vernède ; interne : M. Reynaud ; externes : MM. Bernard (P.), Guillaumin (Jean), Helaine.

9. Consultation de Médecine. — 1. Médecin : M. Besançon (Justin) ; assistant : M. Duval-Rubens ; assistant diététicien : Mme Bourgeois ; assistant : M. Fasquelle ; interne : M. Contamin ; externes : MM. Ferbos (G.), Routier (Jacq.), Ferreux (Jean).

10. Consultation de Chirurgie. — Chirurgien : M. Aboulker ; assistant : M. Martinet ; externes : MM. Balmary, Harel (Jacq.).

11. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Croquefer ; externe : M. Lemoine (Gustave).

12. Electro-radiologie. — M. Thoyer-Rozat ; chef adjoint : M. Perroy (André) ; externe : M. Grivaux.

K. — Boucicaut. — 1. Médecin : M. Bourgeois ; assistants : Mme Ronsin, MM. Douady, Bucquoy; interne : M. Poulet; externes : MM. Aloin, Vanhove, Gayet, Mlle Larquier.

2. Centre de triage. — Médecin : M. Bourgeois; externes : MM. Barry, Larangot.

3. Médecin : M. Tinel ; assistant : M. Eck ; interne : M. Rousseau ; externes : MM. Juhel, Colliard, Fockeu, Bouteille, Sichère.

4. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Kéruzoré, Pertuiset, Prévost ; externes : M. Genin, Mlle Rasse, MM. Chabot, Poggioli, Derenne, Denoël, Fontaine (Maurice), Tronche (Rob.), Sesboué, Lemaire (Louis), Landrieu (Pierre).

5. Oto-rhino-laryngologie. — M. Moulonguet ; assistant titulaire du service : M. Giraud ; assistant de consultation : M. Roulin ; interne : M. Henrot ; externes : MM. Hérard (Jean), Borst, Naudin, Bertier.

6. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Moussoir ; assistant : M. Busson ; interne : M. Reymond (Jean) ; externes : M. Diacono, Mme Thyss née Dufour, M. Dorland, Mme Clin née Muller.

7. Consultation de Chirurgie. — Chirurgien : M. Guimbellot.

8. Stomatologie. — Stomatologiste : Mme Papillon-Léage.

9. Electro-radiologie. — M. Marchand ; assistant : M. Quivy (Jean) ; externe : M. Pelbois.

10. Laboratoire de Bactériologie de secteur (M. Deparis).

L. — Vaugirard. — 1. Chirurgien : M. Sénèque ; chef de clinique : M. Morel-Fatio ; chefs de laboratoire : MM. Dumont, Le Canuet ; assistant : M. Roux (Marcel) ; attaché médical : M. Beaugeard ; internes : MM. Chatelin, Duhamel (Georges), Joussemet, Germain, Renault E. P. ; externes : MM. Roux (Maurice), Bernard (François), Petit (Dominique), Jabouille, Blancheton, Briens, Beucher, Calendrier, Richer, Lefèvre (Jacques), Cordier.

2. Consultation de Stomatologie. — Stomatologiste : M. Hénault.

3. Electro-radiologie. — M. Gally ; assistant : M. Le Canuet (Rog.) ; externe : M. Culioli.

4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Miégeville.

5. Consultation d'ophtalmologie. — M. Dubar.

6. Consultation neuro-psychiatrie infantile. — Chef de consultation : M. Hénault.

M. — Boileau (Ancien Ambroise-Paré). — 1. Médecin : M. Célice ; assistant : M. Grossiord ; internes : MM. Louveau, Bonnette; externes : MM. Giffard, Scalbert, Michel (René), Ségalen, Mlle Vautrinot, M. Oger.

2. Médecin : M. Péron ; assistant : Mlle Barnaud ; internes : MM. Deslandes, Sclafer ; externes : M. Redor (M.), Mlle Miriel (Eliane, MM. Tronc, Wallut, Guérin (Rob.), Godin (Jean).

3. Médecin : M. Clément Launay ; assistant : M. Gabriel ; interne : Mlle Doumic ; externes : MM. Chalmet, Chatonet, Guignou, Mme Fayol.

4. Chirurgien : M. Sauvé ; assistants : MM. Brétégnier, Monsaingeon ; internes : MM. Burgot, Hans ; externes : MM. Laham (Edgar), Mme Raguet, née Guilliams, M. Bouvier (Cl.), Mlle Jolly (Denise), MM. David (Noël), Chedorge.

5. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Albeaux-Fernet ; assistant : M. Lajouanine ; interne : M. Tchekhoff ; externes : MM. Bellot (Lucien), M. Deribreux.

6. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Sauvé ; externes : MM. Hennequet, Cattœn (Cl.), Carpentier (Jean).

7. Consultation oto-rhino-laryngologie : M. Sergent ; assistant : M. Bougers ; adjoint : M. Guiller ; externes : MM. Benoit, Dechy (Jacques), Herry.

8. Electro-radiologie : M. Détré ; assistant : M. Lebouchard.

N. — Saint-Louis. — Médecin : M. le Professeur Gougerot; chefs de clinique : M. Delzant, Mlle Eyraud, MM. François, Lesca; chefs de laboratoire : MM. Desgrez, Duhé, Duperrat, Peyre ; moniteurs : MM. Dechaume, Marceron, Grollet ; internes : MM. Saltet de Sablet, Danel ; externes : MM. Baréty (Marcel), Peguet, Dclalande, Mlle Rodrigues, MM. Roquelaure, Crépin (M.), Coupaye, Delmas-Leca (Jean).

2. Médecin : M. Sézary ; assistant : M. Gallerand ; assistant titulaire : M. Durny ; assistant adjoint : M. Chauvillon ; chefs de laboratoire : MM. Grangé, Bolgert ; assistant de consultation : M. Ducourtiaux ; internes : MM. Bach (Ch.), Chapuis, Le Tan Vinh ; externes : MM. Pillot (André) ; Gay (André), Marquand (Jacques), Mlles Lascoux, Lepoivre, MM. Degeorges, Porte (Lucien), Thullier (Edouard), Maschas.

3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pouméau-Delille ; internes : MM. Lecointe, Choubrac ; externes : M. Maribas, Foucquier, Hovasse, Labouret, Rodas (Rob.).

4. Médecin : M. Touraine ; assistant titulaire : M. Gobé ; assistant adjoint : M. Guex ; chef de laboratoire : M. Lortat-Jacob ; assistant de consultation : M. Solente ; internes : MM. Ruel, Gosset (Jean); externes : MM. Cornillot (Rob.), Vacquier (Pierre), Mlle Courtois, M. François (Jacques), Mlle Bouvot, M. Vigneron (Pierre), Mlle Lecour (Denise), MM. Sans, Coudert (Jean).

5. Médecin : M. Weissenbach ; assistant titulaire : M. Bouwens ; assistant adjoint : Mlle Tourneville ; chefs de laboratoire : MM. Martineau, Faulong ; assistant de consultation : M. Bocage ; internes : M. Haquin, Mme Demassieux ; externes : Mlle Tancrède, MM. Silvestre (Jean), Duruflé, Mlle Mallet, MM. Habib (Georges), Goulon (Mce), Avril (Jean), Cordier (P.-E.), Vincens (Gabriel).

6. Médecin : M. Flandin ; assistant titulaire : M. Basset ; assistant adjoint : M. Flandin ; chef de laboratoire : M. Rabeau ; assistant de consultation : Mlle de Saint-Cène ; internes : Mme Robbes, MM. Caldier, Bureau ; externes : Mme Balle, M. Fabre (Jean-Ch.), Mlle Touchon, MM. Carette (Jacques), Niquet (Jean), Romanet, Buffeteaux (Max), Maurin, Toulorge, Guéry (Jacques).

7. Médecin : M. Degos; internes : MM. Hewitt, Scherrer, Piard; externes : MM. Coutel (J.), Fruchard (L.), Bouvattier (Th.), Rougeulle (J.), Uro (J.), L'Henoret, Mlle Langevin, MM. Rouam-Sim, Deniziaut, Mlle Desoutter, MM. Barbizet (J.), Lejeune (Olivier).

8. Chirurgien : M. Desplas ; assistants : MM. Chevallier (R.-J.), Neyraud ; internes : MM. Michon, René, Mattei ; externes : MM. Deschamps, Touche, Mlle Bellegand, MM. Renaux (Bernard), Brumant, Duparc (Jacques), Fossard (J.), Lotte (Jean).

9. Chirurgien : M. Bazy ; assistants : MM. Blondin (Sylvain), Lortat-Jacob ; internes : MM. Pruvot, Fronville, Vaysse, Carillo-Maurtua ; externes : MM. Sériès (P.), Le Mur (R.), Montouchet (R.), Jagouilloux, Mlle Rabeyroux, MM. Sarrat (Michel), Laënnec (Michel), Martin (Edouard), Mlle Langerfeld.

10. Chirurgien : M. Raoul Monod; assistant : M. Vuillième; internes : MM. Hebert, Couade, Monod-Broca; externes : MM. Loustau-Chartez, Poisson (Jean), Berhaut (Alain), Martini (Michel), Brugnon (Pierre), Lebarbé (François), David (G.), François (André), Lenormand (Cl.).

11. Chirurgien : M. Michon; assistant : M. Delinotte; premier assistant de consultation : M. Bac; deuxième assistant de consultation : M. Durand; internes : MM. Jardel, Ronsin, Lenoël; externes : Mlle Tavernier, MM. Clément (Jean), Foing (Jean), Hue, Le Besnerais, Hubault, Paillard, Lainé (Marcel), Ramon (Jean), Ybert (Pierre).

12. Accoucheur : M. Ravina; assistant M. Jamain; internes : MM. Bauchard, Aupinel; externes : MM. Monghal, Gadrat, Lestrade (Jacques), Delaborde, Pradel, Missonnier, Bogros.

13. Oto-rhino-laryngologie. — Laryngologiste : M. Bouchet; assistant titulaire du service : M. Debain; adjoint : Le Pavec; premier assistant de consultation : M. Fouquet; deuxième assistant de consultation : M. Pigache; internes : MM. Haguet, Parsty; externes : MM. Delpech (Georges), Fortin (Jean), Deschênes (Pierre), Joannès (A.), Descrozailles (Ch.), Pimpaneau, Teissandier.

14. Ophtamologiste : M. Renard; assistant titulaire du service : M. Lelièvre; assistant de consultation : M. Brégeat; interne : M. Boudon (Cl.); externes : MM. Lavat (J.), Surugue, Mme Minkowski, M. Boulard (Louis), Mlle Sédillot, M. Champagne.

15. Consultation de médecine. — Médecin : M. Lereboullet ; assistant : M. Prieur; interne : M. Cerbonnet; externes : MM. Nédelec (Jean), Goutorbe (Maurice), Oléon, Boulanger (Pierre), Deltheil (Jacques), Chaïa, Mallèvre.

16. Consultation de chirurgie : M. Rouhier ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM. Le Bouteiller (Michel), Harlé (Guy), Desauge (Louis).

17. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Richard; adjoint : Mme Cernéa; assistant : M. Bataille; externes : MM. Palfer, Sollier, Mlle Schwab (Eva).

18. Electro-radiologie : M. Cottenot; chefs adjoints : MM. Liquier (André), Chérigié (Ed.) ; assistants : MM. Proux (Ch.), Martinot (ffon), Giraudeau (ffon), Nguyen-Manh-Don (ffon).

19. Radioscopie : MM. Le Dinh-Thi, Bourdon (René), Lemerle (Guy), Lavoipierre (ffon), Boiffard (ffon); assistant finsenthérapie : M. Gaulier; interne : M. Debost ; externes : MM. Girault (Pierre), David (Jean), Roussel (André).

21. Annexe Grancher. — Médecin : M. Stévenin; assistant : M. Brisset ; internes : MM. Ducournau, Millot ; externes : MM. Fabre (J.-L.), Fieux (Robert), Bloch-Lainé, Mlle Vassallo (Suz.), MM. Aubert (Roger), Lyonnet, Périat, Picard (Jacques).

22. Médecin : M. Fèvre; assistant : M. Barcat; assistant de consultation : M. Barcat; internes : MM. Crépin, Schneider, Chevillotte; externes : Mlle Jacotot, MM. Soulay (Jean), Le Goff (Joseph), Marie (Louis), Martin dit Dupray, Meillaud (G.), Legraverand.

O. — Broca. — 1. Chirurgien : M. le professeur Mocquot; assistant : M. Cordier; chef de clinique : M. Thoyer-Rozat; chefs de laboratoire : MM. Palmer, Moricard, Mlle Gothie; internes : MM. Baudon, Bernard (Pierre), Denizet; externes : Mme Nicolaïdès, MM. Canel (Yves), Beauvy (Louis), Mlle Lapradc, MM. Robineaux, Dispan de Floran, Bijoux.

2. Chroniques de chirurgie. — Chirurgien : M. le Professeur Mocquot; internes : M. Poissonnet; externes : Mlle Dufresne, M. Flouquet (Ray.), Mlle Riou, M. Mathet.

3. Consultation de dermatologie. — Médecin : M. Derot; assistants : MM. Lafourcade, Ruel, Delcambre; chef de laboratoire : M. Tanret; interne : M. Canivet ; externes : MM. Lequin (J.), Oudin (F.), Vissian (Louis), Guillaume (Jean), Harel (Jean-Arsène), Gérard-Marchant (Rémy), Poubel dit Broyelle (Cl.).

4. Electro-radiologie : M. Stuhl; assistant : Pulsford (Georges); externe : M. Darbord (Jean).

P. — Maternité. — Accoucheur : M. Lacomme; assistant : M. Grasset; chef de clinique : Abd-El-Nour; chef de laboratoire : Bagros; internes : MM. Compagnon, Maignan; externes : M. Monod (Eric), Mlle Legoff, MM. Tarnat (Rob.), Vincent (Joseph), Nicolaidès.

Q. — Baudelocque. — Accoucheur : M. le Professeur Portes; assistant : M. Lepage; assistant de consultation : M. Robey; chefs de clinique : Mlles Musset, Mandras, M. Le Picard; chef de laboratoire : M. Varangot; internes : MM. Hervet, Guimezanes, Cotillon; externes : MM. Wallois (Pierre), Meyer, Zipper, Mlle Georges (Simone), MM. Caron (Jules), Baudry, Tanzy, Talbot, Jupeau, Mlle Santelli, Mme Tanzy.

2. Electro-radiologie : M. Petit.

R. — Tarnier. — Accoucheur : M. Lantuéjoul; assistant : M. Merger; assistant de consultation : M. Couinaud; internes : MM. Le Lorier, Bruezière; externes : Mlles Kernevez, Belleville, MM. Mathieu, Gauthier (Jean), Préau, Wronecki (Henri), Pertusier, Guy.

S. — Claude-Bernard. — Médecin : M. le Professeur Lemierre ; assistant : M. Morin; chefs de clinique : MM. Jacquot, Leprêtre, Audry, Milliez; chef de laboratoire : M. Reilly; internes : MM. Koupernik, Buhot, Michon, Houssay; externes : MM. Héraud (Guy), Vermeil, Bonnenfant, Le Roy (Pierre), Alexopoulos, Pépin (Bernard), Mlle Foucque, MM. Vaseux, Branthomme, Drouillard, Baillet, Cellerier, Ziégler, Boutillier du Rétail, Mlle Bosquet, M. Pinchon.

2. Médecin : M. Laporte; assistant : M. Jacquot; internes : MM. Boissière, Christol; externes : MM. Bonnet (René), Traineau, Bocquin, Herman (Jean), Jeanbourquin, Guégan (François), Parizy, Mlle Henrion.

3. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : Leroux (Robert) ; interne : Cresson (E.-P.); Externes : MM. Comby (Jean), Langeard.

T. — Trousseau. — 1. Médecin : M. le professeur Cathala; assistant : M. Auzépy; chefs de chirurgie : M. Cler, Mme Joussemet, Mlle Rist, M. de Lignières; chef de laboratoire : M. Vaille; interne : M. Callerot; externes : Mlle Cacaud, Mme Basset-Troisier, MM. Huc (Michel), Klein (Roger), Fouquet, Voisin (Guy), Fiessinger (Charles), Breynaert, Talleux.

2. Diphtérie. — Médecin : M. Cathala; interne : M. d'Oelnitz.

3. Médecin : M. Marquézy; assistant : Mlle Ladet; interne : M. Carlotti; externes : MM. Thierry-Mieg, Wallon (Denis), Genot, Nicolle, Plessier, Petit (Jérôme), Bénézech, Vachon.

4. Contagieux. — Médecin : M. Marquezy ; interne : M. Verriez.

5. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Boisseau, Champeau; assistant de consultation : Mme Sorrel; internes : MM. Léger (Michel), Lelièvre, Viollet, Hourtoulle; externes : Heber-Suffrin, Holzer, Huertas, Olivier (Lucien), Bucaille, Petitjean (Jacques), Auvigne, Leclercq (Jean), Peuvion.

6. Oto-rhino-laryngologie : M. Rouget ; adjoint : M. Lemariey ; assistant titulaire du service : M. Hamelin; assistant suppléant : M. Lemoine (Joseph); adjoint : M. Jacquet-Lagrèze; premier assistant de consultation : M. Maillard; assistant de labiologie : Mme Sergent; interne : M. Hiverlet; externes : MM. Schatz, Michiels, Mlle Claesen, MM. Villain, Foissaud.

7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Laplane; assistante : Mlle Oehmichen; interne : M. Dubel ; sélection (E.-P.) ; Dubray-Vautrin; externes : Mlle Homualk, M. Mireur, Mme Piton, M. Marcotte, Mlle Bory.

8. Electro-radiologie : M. Thibonneau; chef adjoint: Damond (Rob.); externe : M. Dirand.

9. Consultation ophtalmologie. — Ophtamologiste : M. Voisin; assistant de consultation : M. Mériat; externe : M. Petit (Bernard).

10. — Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lebourg; adjoint : M. Lambert; externe : Mme Lebourg née Voyemant.

Laboratoire de bactériologie de secteur : M. Duchon.

U. — Bretonneau. — 1. Médecin : M. Janet; assistant : Mme Odier-Dollfus ; internes : MM. Galmiche, Hartmann (Jean) ; externes : MM. Azaïs, Brochen, Cornet (Pierre), Rémond, Mlle Plaisance, MM. Thierrart, Chevance.

2. Médecin : M. Turpin; assistante : Mlle Tisserand; internes : MM. Laroche (Cl.), Demassieux, Satgé ; externes : M. Simoni (Robert), Mlle Laëmmer (Cl.), MM. Piton, Delahousse, Mlles Hurel (Madeleine), Bacy, M. Deboos.

3. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier; assistant de consultation : M. Sabourin; internes : MM. Brenier, Hertz, Barbier, Tola; externes : Mlle Christmann, MM. Body, Thomas, Neyrat, Viard, Bouchard (André), Cadoré, Mlle Lefebvre, M. Garbay (Michel).

4. Consultation de médecine: Mme Fouquet; assistante: Mme Teyssier; interne : M. Aurenche; externes : M. Conche, Mlles Bouveau, Paraf, MM. Harel (J.-P.), Cavagna.

5. Consultation oto-rhino-laryngologie : M. Lallemant ; externes : MM. Vallée (René), Villebœuf, Labat (Pierre), Clin, Jacob.

6. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Cauhepé.

7. Electro-radiologie : M. Ordioni; chef adjoint : Huant (Ernest); externes : MM. Derville (Noël), Autin.

8. Accoucheur : M. Ecalle; assistant : M. Suzor; internes : MM. Le Bourg, Bailly; externes : MM. Perret (Yves), Beunaïche, Bliard, Mlle Aubriet, MM. Fouchet (Pierre), Alluaume, Nalpas, Corganian-Corganoff.

V. — Hérold. — 1. Médecin : M. Julien Marie; assistant : M. Seringe; internes : M. Maurice, Mlle Noufflard; externes : MM. Baudoin (Yves), Blanchet, Morin (Pierre), Hermann (Pierre), Fontaine (Cl.), Bertagna, Dumée.

2. Médecin : M. Clément; assistant : M. Combes-Hamelle; internes : Mlle Quéret, M. Godlewski; externes : MM. Guilhem (Jean). Renard (Jacques), Chevalet (F.), Guillermou (Yves), Chatain (Yves), Mlle Segard, MM. Hinaut, Ossipovski.

3. Consultation de médecine. — Médecin : M. Mallet; assistante : Mme Siguier; interne : M. Pichon; externes : MM. Grimault (Jacques), Martin (Jean), Vandooren, Caspar (François), Lefort (J.).

4. Consultation oto-rhino-laryngologie : M. Bourgeois (Robert; assistant de consultation : M. Franck; externes : MM. Charritte, Heymans (G.), Avril.

5. Electro-radiologie : M. Dubost; externe : M. Castano.

6. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Omnès.

7. Consultation ophtamologie. — Ophtamologiste : M. Desvignes; externe : N...

W. — Maison Municipale de Santé. — 1. Médecin : Mme le Dr Bertrand-Fontaine; assistant : M. Frumusan; internes : MM. Mathey (Paul), Simon; externes : MM. Camous, Housset, Mazière, Lordez, Bergeret (Marc), Mercier (J.-R.).

2. Chirurgien : M. Soupault; assistants : MM. Bénassy, Nardi; internes : MM. Legendre, Bessière, Estève; externes : (M. Soupault), Mlle Brouillet, MM. Sabouraud, Sourdille (Jean), Forestier (Jean), Laburthe-Tolra, Legrain.

3. Consultation de médecine. — Médecin : M. Fauvert; interne : M. Dessertenne; externes : MM. Coudraud, Vanbremeersch, Potier.

4. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Soupault; assistants de consultation : M. Blondin (Walther) ; externes : MM. Petit (Michel), Denis (Pierre), Hardy.

5. Electro-radiologie : M. Penteuil; externe : M. Trividic.

X. — Saint-Vincent-de-Paul. — 1. Médecin : M. Lelong; assistants : M. Joseph; assistant de consultation : M. Rossier; internes : MM. Rosey (Jean), Rouault (Michel), Alison; externes : MM. Dubois (J.-M.), Bazin (Georges), Debray (J.), Mlles Favre (Marguerite), Aboulenc, MM. Laumonier (René), Balandra, Natali, Mlle Costescu.

2. Chirurgien : M. Petit; assistant : M. Leuret; internes : Mlle Saulnier, M. Quéneau; externes : Mlle Gascuel, M. Rozet, Mlle Albert, Mlle Romain, M. Picart (René), Mlle Duchamp.

3. Accoucheur : M. Vignes; assistant : M. Landrieu; assistant de consultation : M. Lerouge (ffon); internes : M. Guinard (Pierre), Forgeois; externes : Mme Dugué, Mlles Hot, Grall, M. Ramon (Paul), Mlle Cercus, MM. Routier, Strauss, Wassef.

4. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Dechaume; adjoint : M. Fromaigeat (asst ffon); assistant : M. Corbeil; externes : N..., N...

5. Oto-rhino-laryngologie : (M. Lemoine); externes : MM. Faivre (André), Stéphan.

6. Electro-radiologie : Desgrez; assistant : Mme Appell-Duclaux; externe : M. Fraquet.

Y. — Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau; assistant : M. Debray; internes : MM. Brisset, Chartrain, Bilski-Pasquier; externes : MM. Chevalley (Jacques), Quénu (Louis), Dioudonnat, de Gaudard d'Allaines, Verdoux (Pierre), Decerisy, Gaudin, Mme Adam, Mlles Guénot, Mignot, Boutin.

2, Médecin : M. Lemaire; assistants : MM. Catinat, Personne; internes : MM. Verliac, Tixier; externes : MM. Bonniot de Ruisselet, Michaud, Lauras, Binet (Jean), Roche, Meunier (H.).

3. Service des chroniques : M. Lemaire; externes : Mlle Morival, M. Hamel (Daniel).

4. Médecin : M. Boudin ; interne : M. Lafourcade; externes : M. Brillaut (Mce), Martin (Yves), Dubois (Michel), Gourio, Mme Lacronique, MM. Nory (Jean), Mazabraud, Emery (Louis), Lechevrel.

5. Service des galleux (E.-P.) : Trélat; externe : N...

6. Chirurgien : M. Toupet; assistant : M. Mouchet; assistant de consultation : M. Orsoni; internes : MM. Toupet, Chapelet, Butet, Denisart; externes : MM. Jabert (Jean), Savoie, Mensior, Bargues, Mlle Foisy (Simone), MM. Bailly (Pierre), Thiron (Jean), Aloin (Roger), Malan.

7. Service temporaire de chirurgie. — Chirurgien : M. Toupet; externes : MM. Lehodey, Triboulet.

8. Service d'aliénés. — Médecin : M. Durand (Ch.); assistants : MM. Vidart (E. P.), Lacronique (E. P.).

9. Consultation de médecine. — Médecin : M. Moreau; interne : M. Feffer; externes : MM. Gurly (René), Proche (Cl.).

10. Consultation d'ophtalmologie (bihebdomadaire). — Ophtalmologiste : M. Hudelo; assistant : M. Maussion.

11. Consultation de Stomatologie. — Stomatologiste : M. Houzeau.

12. Oto-rhino-laryngologie. — M. Bourdial; assistant de consultation : M. Lefèvre.

13. Electro-radiologie. — M. Truchot; chef adjoint : M. Cassan (Pierre); externe : M. Brétin.

14. Service de désencombrement Lenoir-Jousseran. — M. Moreau; externes : MM. Chateau (Michel), Minier (Yves), Dubois (Jean-René).

15. Service de désencombrement. — M. Moreau; externes : Mlles Benon, Dupeyron, M. Le Forestier (Charles), Mlles Chancel, Retail.

16. Service des chroniques. — M. Faulong; interne : M. Méary (E. P.); externe : M. Eon (Michel).

Z. — Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Guillain; assistant : M. Mollaret; chefs de clinique : MM. Droguet, Rogé, Mlle Feder, M. Fressinaud-Masdefeix; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Lereboullet, Mathieu, Fallot; internes : MM. Bonduelle, Roger, Mme Pujol, M. Gougerot (Louis); externes : MM. Baudoux, Lestradet (Henri), Fandre, Moulin, Eschbach, Doinet, Sourdat, Chabrol.

2. Médecin : M. Levesque; assistant : M. Perrot; internes : MM. Blanchon (Pierre), Monié (J.); externes : M. Juret (Paul), Mlles Guillermon, Schnabel, Gernigon, M. Buge.

3. Médecin : M. Alajouanine; assistant : M. Thurel; internes : MM. Sicard, Courchet, Renault (Pierre), Le Brigand (Jean); externes : MM. Pierquin, Bourguignon, Deniker, Mlle Lelièvre, MM. Denier (Michel), Dufour (Charles), Blatrix, Isch.

4. Médecin : M. Hagueneau; assistant : M. Aubrun; internes : MM. Ryckewaert, Guéraud; externes : MM. Farcot, Velter (Marie), Breger, Cayla, Martin (Pierre).

5. Médecin : M. Salles; assistant : M. Brunel; internes : MM. Delbarre, Mouzon; externes : MM. Bodin (Francis), Breuillard, Cresciuci, Maurin, Held, Ramade, Mathis.

6. Médecin : M. Mollaret; internes : MM. Dailly, Kartim, Bricaire; externes : MM. Bruel, Gobert, Fossier (Jean), Couteaux, Hardouin.

7. Chirurgien : M. Mondor; assistants : MM. Sicard, Welti; assistant de consultation : M. Léger; chefs de clinique : MM. Debeyre, Champeau, Nardi, Martinet, Mlle Jurain; chefs de laboratoire : Mmes François, Delaunay; Mlle Gauthier-Villars; internes: MM. Granjon, Jouve, Torre; externes : MM. Massé (Rob.), Paychère, Gresland, Bourguignon (Paul), Mlle Sorrel, MM. Zérolo, Denis (Antoine), Bibaut, Chéron, Mlles Duboys (Yvette), Renou, MM. Millet (Jean), Gesp, Robert (Henry).

8. Médecin : M. Michaux; assistant : M. Gallot; interne : Mlle Granier; externes : Mlle Wercklé, Mme Leroy, MM. Martinat, Montagnon.

9. Centre des tumeurs. — Chirurgien : M. Mondor; interne: M. Mage.

10. Clinique chirurgicale : Chirurgien : M. Mondor; assistant neurochirurgie : M. Guillaume; assistant médical : M. Ribadeau-Dumas ; interne : M. Faurel; externes : M. Flandre (Jean), Mlle Perrin, M. Thuot.

11. Service de chroniques de chirurgie. — Chirurgien : M. Mondor; internes : M. Petit (J.), Gaulard ; externes : Mlle Gober, M. Vincent (Roger), Mlle Rivet (Nicole).

12. Electro-radiologie. — M. Ledoux-Lebard; chefs adjoints : MM. Marquis, Mathieu (Pierre) ffon; assistants : M. Duchamp (Jean), Mlle Mottez, M. Crozat ffon; chef de laboratoire : M. Bertrand (Yvon); électro-radiologiste : M. Gibert ; assistant de Curie : M. Wallon ffon; assistant de Roentgen : M. Puyaubert (Jean); interne : M. Ancelin; externe : M. Mathieu de Fossey.

13. 1er Service de désencombrement. — Médecin : M. Mollaret; externes : MM. Fritel, Bommelaer (Michel), Bousquet (Guy), Dubois (J.-E.), Tardieu (Yvon).

14. Consultation de stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacaisse ; adjoint : M. Mercat, assistant ffo; assistants : MM. Boschatel, attaché ffo, Valtat, attaché ffo.

AA. — Ivry. — 1. Médecin : M. Perrault; assistant : M. Bouvier; internes : MM. Sors, Bouffard (E. P.) ffo; externes : Mlle Colomès (Solange), MM. Avrillon (Jean), Boulenger (André), Etienne (Michel).

2. Chroniques et admissions. — Médecin : M. Perrault; externes : M. Nivault (Bernard), Mlle Juvin (Colette).

3. Chirurgien : M. Ameline; assistant : M. Gibert; internes : MM. Aurégan, Jacquemin; externes : MM. Isselin, Guyard, Morigny, Lefort (Rob.).

4. Service temporaire de chroniques chirurgicaux. — Chirurgien : M. Ameline; externe : N...

5. Electro-radiologie. — M. Busy; chef adjoint : M. Deille.

6. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Mesnard.

7. Oto-rhino-laryngologie. — M. Raboin (réservé aux malades hospitalisés).

8. 1er Service de désencombrement. — Médecin : M. Perrault; internes : MM. Leandri, Tiret (E. P.) ffo; externes : MM. Jacquemart, Sanson (Jean), Lefèvre (Paul), Goutet (Roger).

AB. — Les Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin; assistant : M. Aubin; assistante de consultation : Mlle Blanchier; interne : M. Carraud; externes : MM. Barbe (Pierre), Dujardin, Hamoniaux, Dumoncel, Levé (Jacques), Bourgeois-Gavardin.

2. Chirurgien : M. Gatellier; assistant : M. Billet; assistant de consultation : M. Chastang; internes : MM. Liénard, Garrigues, Tournebœuf; externes : MM. Nadal (Michel), Bourneuf, Chigot, Poitrinal, Sicot (Laurent), Bertrand (Jacques), Peltier, Leblanc (Jacques).

3. Service de désencombrement. — Médecin : M. Brodin; interne : M. Berthaux (E. P.) ffon ; externes : MM. Martin (Alain), Texier (François).

4. Radioscopie. — M. Brunet; assistant : M. Piou ffo.

5. Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Morax.

6. Stomatologie. — Stomatologiste : Mme Bornet.

AC. — La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Kudelski; externes : Mlle Gilbert, M. Doutriaux (Jacques).

AD. — Sainte-Périne. — 1. Médecin : M. Cachera; interne : M. Fauré (E. P.) ffo.

AE. — Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Cachera; interne : M. Dubrisay (E. P.) ffo.

AF. — Debrousse. — 1. Médecin : M. Facquet; interne : M. Pillois (E. P.) ffo.

AG. — Champrosay. — 1. Médecin : M. Nouvion.

AH. — Marmottan. — 1. Médecin : M. Banzet; internes : MM. Frileux, Fourdinier, Lavarde; externes : MM. Massé (Rob.), Dubost, Segaud, Amaury.

2. Electro-radiologiste. — M. Dupouy.

AI. — Garches-Suresnes. — 1. Médecin : M. Rouquès; internes : MM. Sainrapt, Meker (E. P.) ffo, Legrand (E. P.) ffo; externes : MM. Roger (Pierre), Verlet, Lenormand (Pierre), Chamaillard (Jean), Chataigneau.

2. Médecin : M. Kourilsky; internes : MM. Mignot, Larget (E. P.) ffo; externes : MM. Boutry (Pierre), Dugourd (Jacques), Lecointre (Claude), Lau (Pierre), Piçard (Jean), Schipmann (Cl.), Gabail, Nigoux.

3. Chirurgien : M. Richard; internes : MM. Weber, Mouret, Merlier; externes : MM. Bardiaux (Maurice), N..., N..., N..., N...

4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Remy-Néris.

5. Consultation d'ophtalmologie (hebdomadaire). — M. Desvignes.

6. Electro. — M. Humbert.

AJ. — Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. Delay; chef de clinique : M. Neveux; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Soulayrac, Corteel-Parrot; neuro-psychiatrie infantile : chef de clinique : M. Vivien; chef de clinique titulaire : M. Maillard, Mlles Jouannais et Moreau; externes : MM. Marty (Olivier), Bensoussan (Pierre), Targovola, Monnerot, Lange, Servier (Jacques), d'Halluin, Gandon (Joseph).

AK. — Antoine-Chantin. — 1. Chirurgien : M. Oberlin; assistant : M. Rouvillois; internes : MM. Xambeu, Poulain, Raymond; externes : MM. Restellini, Dubois de Montreynaud, Vanhaecke, Clamagirand, Robin (André).

2. Electro-radiologie. — M. Méry (Robert).

AL. — Piccini. — 1. Médecin : M. de Gennes; assistant : M. Mahoudeau; internes : MM. Coury, Basset; externes : MM. Deschamps (Henri), Prot (Daniel), Troisier (Emile), Mlle Fontaine, MM. Cournot, Fritel, Pineau (Pierre), Courtois-Suffit (Michel), Hazard, Nogrette, Pigeon, Alexandre (Pierre), Mlle Pinard, MM. Buriat, Wallet, Mme Brennan.

2. Oto-rhino-laryngologie. — M. Lemaître; assistant titulaire du service : M. Gaston; assistant suppléant du service : M. Moulin; assistant de consultation : M. Chaillouet; chefs de clinique : MM. Bouche, Torre; chef de laboratoire : MM. Ardouin, Rancoule (moniteur); internes : MM. Joinville, Cachin; externes : MM. Hacker, Blanc (Pierre), Mlle Delplace, MM. Barrigue de Montvallon, Crépy, Millet (Alain), Clavel.

3. Electro-radiologie. — M. Frain; externes : MM. Mariage, Berthelin.

AN. — Cité Universitaire (Fondation Deutsch de la Meurthe). — 1. Médecin : M. Benoist; assistant : M. Raynaud; internes : MM. Poirier, Œconomos (E. P.) ffo; externes : Mlle Deblaye, MM. Hardy (Michel), Goursolas, Chantrenne, Le Guyader, Jacquemart, Forest (André), Mlle Dagonet.

2. Médecin : M. Soulié; assistant : M. Bouvrain; internes : MM. Combet (Jean-Albert), Salet; externes : MM. Crucioni, Pommier de Santi, Belin, Baland, Marmin (Pierre), Baron (J.-A.), Larroque, Gohebel, Lesage (Jean), Jacquemart (Pierre), Bouchard.

3. Médecin : M. de Sèze; assistant : M. Ordonneau; internes : MM. Durand (Claude), Guéniot ; externes : MM. Crépin, Durieu, Cordier (Pierre), Mlle Plisson, MM. Besse (Jacques), Roisin.

4. Médecin : M. Lenègre; assistant : M. Mathivat; internes : M. Pestel, Mlle Schweisguth, M. Bareau; externes : MM. Sénéchal, Bosquet (Gilbert), Abbas, Poncet, Rousset (Jacques), Paris (Pierre), Mlle Girardier (Cl.), Mlle Monbrun, MM. Flavigny, Lacourbe.

5. Médecin : M. Merklen; assistant : M. Sallet ; internes : M. Flurin (E.-P.); externes : MM. Beuzart, Roussel (Albert), Janny, Wattebled, Chambrand, Roux (J.-M.).

6. Service central de radiologie : M. Delapchier; externe : Mlle Bourgeois.

7. Oto-rhino-laryngologie : M. Meunier.

AN. — Brévannes. — Médecin : M. Renaud ; assistants : MM. Lesieur, Casalta, Culioli ; externes faisant fonctions d'internes : MM. Pauleau, Hervan, N., N., N.

2. Médecin : M. Chauveau ; internes : MM. Cœuillez, Bourdy, Legendre E. P., faisant fonctions ; externes faisant fonctions d'internes : Mlle Bricard (Christiane), Vallois (René), Delatre (Georges), Gouinguenet, Raulin, Courtin, Guez, Treps.

3. Oto-rhino-laryngologie : M. Granet (réservé aux malades hospitalisés); assistant : M. Hoffmann.

4. Stomatologie : M. Marie ; adjoint : M. Sarabère, faisant fonctions.

AO. — Neuilly. — Chirurgien : M. Braine ; internes : MM. Perrotin, Rometti ; externes : Mlle Stœcklin, M. Moreau (Louis), Mlle Dupuy, M. Dupré (Maurice).

Clinique Manin. — 1. Médecin : M. Moure; internes : MM. Danion, Hermann, Spriet ; externes : MM. Legros (Roger), Magnet, N., N., N.

La Topographie des Cavernes tuberculeuses pulmonaires

Ses rapports avec la stucture zonaire du poumon

par le Professeur J. Minet et MM. H. Warembourg et P. Graux (de Lille).

Longtemps les lésions pulmonaires tuberculeuses n'ont été étudiées que par la radiographie frontale et les cavernes tuberculeuses paraissaient se localiser surtout au territoire sous-apical, parfois à la région hilaire. La radiographie en incidence transverse était peu employée, car la faible opacité des lésions nodulaires ou des parois cavitaires ne rend pas facile l'obtention d'image probante en position de profil.

Armand Delille, Lestoquoy et Vibert furent les premiers, en 1929, à étudier la projection exacte des éléments des pédicules vasculo-bronchiques sur les clichés de profil ; ces recherches leur permirent de préciser l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant et de reconnaître l'existence de foyers parenchymateux à siège para-médiastinal, sans rapport avec le hile. Par la suite, divers auteurs, notamment Bernou, Jullien et Mollard, devaient insister sur l'intérêt de l'incidence transverse en radiologie pulmonaire.

En matière de spéléologie pulmonaire, Stéphani fut le premier à employer cette incidence transverse. Mais les phtisiologues devaient se désintéresser longtemps du siège en profondeur des cavernes par suite de l'absence de sanction thérapeutique particulière. Par contre, comme le fait remarquer Cord, « les nécessités du modelage thoracoplastique du poumon et les techniques actuelles, qui tendent aux résections limitées et économiques, devaient nécessairement inciter le chirurgien à la détermination aussi précise que possible du siège en profondeur ». Maurer et Rolland ont insisté sur l'utilité de l'incidence de profil pour l'étude de toute lésion cavitaire. Par l'emploi de cette incidence, les chirurgiens devaient constater la fréquence plus élevée des cavernes occupant la région postérieure du sommet. En 1934 est soutenue la thèse de Cord, qui précise le siège des cavernes dites hilaires, qui sont en réalité rétro-hilaires et localisées par suite dans le lobe inférieur.

En 1941, Stéphani arrive aux conclusions suivantes : « Dans la très grande majorité des cas, les cavernes sont sous-apicales et postérieures. Par ordre de fréquence, elles se situent ensuite dans la région moyenne, dans la gouttière précosto-vertébrale, c'est-à-dire complètement postérieure. Cette dernière localisation, décrite par Cord dans sa thèse, leur permet sur le cliché antérieur de se projeter dans le hile.

On trouve encore des cavernes dans la base, alors que la partie moyenne et le sommet du même poumon sont libres d'ulcérations. Ceci est rare et se rencontre plus facilement chez l'adolescent que chez l'adulte. Les cavernes du sommet sont également peu fréquentes, du moins en tant que petites cavernes isolées de l'extrême sommet. Les grandes cavernes ovoïdes font leur début dans la région sous-apicale et s'étendent secondairement au sommet. Ce ne sont pas des cavernes du sommet.

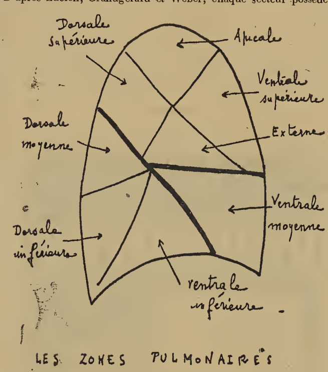
Comme localisations rares, on peut encore décrire les cavernes de la partie tout interne de la base, qui sont généralement masquées par la projection du cœur.

Les cavernes de la partie interne du sommet et de la région sous-apicale sont tout aussi rares. Elles comprennent les ulcérations qui se développent dans le lobe azygos.

Nous nous sommes proposé de reprendre l'étude de la topographie des cavernes, de préciser si possible leur siège à l'intérieur des lobes supérieur, moyen et inférieur ou même dans tel ou tel secteur de ventilation pulmonaire. Les travaux anatomiques de Lucien ont montré, en effet, que chaque lobe pulmonaire se divisait en un certain nombre de secteurs de ventilation pulmonaire (1). Cette notion a été complétée et simplifiée par MM. Pierret, Coulouma, Breton et Devos, qui ont décrit huit zones pulmonaires, répondant chacune à un ou plusieurs secteurs de ventilation pulmonaire ; l'atteinte d'une zone ou zonite se traduit chez le malade par des signes cliniques et radiologiques particuliers (2). Nos recherches nous ont révélé l'excellence des travaux de Lucien, qui n'ont pas un intérêt simplement anatomique, mais conservent toute leur valeur en pathologie. Toutefois, nous retiendrons pour sa simplicité la division pulmonaire en zones.

Le lobe supérieur du poumon droit comprend quatre secteurs ou zones. En effet, dans des communications antérieures faites, nous avons montré qu'il fallait, conjointement avec MM. Cordier et Schaepelynck, distinguer dans le lobe supérieur droit non pas seulement les trois zones décrites par MM. Pierret, Coulouma, Breton et Devos, mais quatre zones : les zones apicale, dorsale supérieure, ventrale supérieure et externe (3). Le lobe moyen constitue la zone ventrale moyenne. Quant au lobe inférieur, il est constitué par les quatre zones : dorsale moyenne, dorsale inférieure, ventrale inférieure et infracardiaque.

D'après Lucien, Grandgérard et Weber, chaque secteur possède bronche et artère propres. MM. Pierret, Coulouma, Breton et Devos ont poussé plus loin les recherches et montré que la zone, qui correspond à un ou plusieurs secteurs de ventilation pulmonaire, reçoit bronche, artère, veines particulières, et se trouve entourée en outre d'une cloison mince, analogue à une scissure ; bref, la zone représente un territoire parenchymateux indépendant et les mêmes auteurs ont pu décrire des zonites tuberculeuses, l'infection ne touchant qu'une zone pulmonaire.



LES ZONES PULMONAIRES

Nous voudrions démontrer qu'il est possible de localiser une caverne tuberculeuse dans tel ou tel secteur de ventilation pulmonaire ; si la caverne est récente, de petites dimensions, ce travail est possible ; plus tard, trop souvent, la caverne s'accroît, déborde les cloisons interzonaires et tout effort de classification devient précaire.

Le siège de la lésion cavitaire peut être précisé par diverses données. Stéphani rappelle très justement que « les cavernes suivent, dans leurs localisations de plus grande fréquence, celles de l'infiltrat précoce lui-même dont elles dérivent ». Des recherches antérieures nous ont montré que l'infiltrat s'observait surtout dans la zone dorsale supérieure, parfois dans la zone externe supérieure (4) ; la tuberculose apparaît aussi dans la zone dorsale moyenne ou secteur D_1 de Lucien. Aussi ne faut-il pas s'étonner de la prédilection des cavernes pour ces mêmes zones.

La clinique nous révèle la fréquence de signes pathologiques au niveau de la zone d'alarme de Stéphan Chauvet qui répond à la zone dorsale supérieure. Ces signes sont parfois perçus aussi dans l'aisselle où se localisent zone dorsale supérieure et zone externe supérieure. L'atteinte de la zone dorsale moyenne se traduit par des symptômes perçus dans la région latéro-vertébrale entre les quatrième et septième vertèbres dorsales.

Mais le siège de nombreuses cavernes ne peut être précisé avec exactitude que par l'emploi systématique des radiographies de face et de profil. Sur le cliché de face, le lieu d'élection de la caverne fraîche est la région sous-claviculaire externe ; de profil, cette caverne se projette soit en arrière souvent sur le rachis, soit au-dessus du carrefour scissural ; autrement dit, elle appartient à la zone dorsale supérieure ou à la zone externe. Les localisations dans les zones apicale et ventrale supérieure sont beaucoup plus rares. La zone apicale a une situation paramédiatinale et une caverne de cette zone a un siège interne.

Les cavernes du lobe inférieur sont peu fréquentes, hormis les spélonques hilaires, qui sont en réalité rétro-hilaires, comme l'a établi formellement la thèse de Cord. Elles appartiennent au sommet du lobe inférieur, et en général, d'après nos recherches, à la zone dorsale moyenne. L'apparition d'une caverne dans le lobe moyen est beaucoup plus rare.

Une infiltration tuberculeuse peut entourer la caverne et s'étendre jusqu'aux limites de la zone permettant d'observer une véritable zonite excavée. Dans d'autres cas, la caverne est isolée au milieu d'un parenchyme à peu près intact et il est plus difficile de la localiser avec précision sur le cliché de profil. En pareille circonstance, l'injection intracavitaire d'une solution opaque aux rayons Rœntgen peut apporter une précision utile.

La caverne fraîche est souvent de dimensions restreintes; mais l'absence de thérapeutique entraîne trop souvent un accroissement du diamètre cavitaire et parfois l'apparition de spélonques géantes envahissant plusieurs zones. Stephani a remarqué qu'une telle spélonque, localisée au lobe supérieur, respecte presque toujours la partie antérieure de la région sous-apicale. La connaissance de l'origine habituellement postérieure de la caverne peut expliquer ce fait.

Divers auteurs, notamment D'Hour et Delcour, ont observé des cavernes totales : tout le poumon est évidé et il ne subsiste de l'organe qu'une coque mince. Parfois, au lieu d'une caverne unique, l'examen révèle plusieurs cavernes lobaires évidant tout le poumon et la limite entre les différents lobes peut être retrouvée.

La pratique des insufflations intrapleurales permet encore de préciser dans une certaine mesure le siège des cavernes. Près d'une spélonque la plèvre est souvent symphysée et les insufflations révèlent des adhérences. Cardis et Mattei n'ont-ils pas montré depuis longtemps que les adhérences se formaient, en général, en regard des lésions ? Or, l'expérience révèle que bien souvent le décollement du pneumothorax se fait mieux en avant qu'en arrière, ce qui explique bien le siège habituellement postérieur de la caverne.

L'opération de Jacobeus est venue confirmer la fréquence des adhérences au niveau de la partie postéro-supérieure du lobe supérieur. Ajoutons que Hautefeuille a pu noter, grâce à la pleuroscopie, que les lésions, qui marquent le premier épisode clinique de la tuberculose de l'adulte, sont situées très souvent dans le lobe supérieur et qu'elles sont proches de la face postéro-externe du poumon et voisines de la scissure. De telles lésions relèvent obligatoirement de la zone dorsale supérieure. Elles peuvent s'ulcérer et expliquer la localisation postérieure de nombreuses cavités.

Enfin les recherches anatomo-pathologiques démontrent encore la topographie postérieure de nombreuses cavernes. Mignot et Mollard constatent qu'elles occupent en général la base du lobe supérieur, immédiatement au-dessus de la scissure ; elles sont plus proches d'ordinaire de la face postérieure que de la face antéro-externe du viscère. Quand la caverne paraît hilaire sur les clichés radiologiques de face, elle occupe en réalité, comme le montre l'autopsie, le dôme du lobe inférieur. Dans les territoires qui longent le bord interne du poumon, les spélonques sont exceptionnelles.

Nous-mêmes avons examiné un grand nombre de poumons tuberculeux et nous avons constaté la prédilection des cavernes pour la zone dorsale supérieure.

Ainsi tous les documents cliniques, radiologiques, pleuroscopiques, les renseignements fournis par les examens anatomo-pathologiques concourent à montrer que le siège d'élection de la caverne tuberculeuse est dans le lobe supérieur au niveau de la zone dorsale supérieure. La zone externe de ce lobe est plus rarement touchée. Quant au lobe inférieur, son atteinte n'est pas fréquente ; le sommet du lobe ou zone dorsale moyenne est touchée de préférence et la caverne se projette sur le cliché de face au niveau du hile. Pour Cord, la proportion de ces cavernes, à topographie apparemment hilaire, oscille entre 1 pour 100 et 1 pour 150. Les autres secteurs pulmonaires présentent exceptionnellement des cavernes.

Cette étude de la topographie des cavernes pulmonaires tuberculeuses nous paraît devoir retenir l'attention à plusieurs titres. Elle montre que la tuberculose, comme la pneumonie et l'abcès du poumon, affectionne les secteurs du parenchyme pulmonaire voisins de la partie haute de la grande scissure. Mais alors que la tuberculose préfère de beaucoup la zone dorsale supérieure, le siège d'élection de l'abcès est la zone dorsale moyenne. Quant à la pneumonie, elle semble toucher plus souvent la zone dorsale supérieure que la zone dorsale moyenne. Ainsi les localisations infectieuses dans le poumon paraissent régies, pour une part tout au moins, par la structure anatomique pulmonaire, mais chaque germe en cause semble choisir dans une certaine mesure son secteur d'élection.

D'autre part, préciser le siège d'une caverne, c'est aussi préciser les ressources thérapeutiques que l'on pourra utiliser. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, une caverne sous-apicale ne tire pas de profit de la phrénisectomie, tandis qu'une caverne du lobe inférieur, lobe largement en contact avec le diaphragme, peut être heureusement influencée par cette intervention. Aussi le phtisiologue doit, à l'heure présente, employer tous les moyens à sa disposition pour définir le siège exact d'une spélonque pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Lucien : Essai de systématisation pulmonaire chez l'homme. *Anthrologie* 1934, n° 12, supplément.
(2) Pierret, Couloma, Breton et Devos : les zones pulmonaires. *Bruxelles Médical*, 19 juin 1938.
(3) Minet, Cordier, Warembourc, Schaepelynck et Graux : La zone externe du lobe supérieur du poumon. Société de Médecine du Nord, 25 juin 1943.
(4) Minet, Warembourc et Graux : Distribution zonaire des lésions tuberculeuses dans le lobe pulmonaire supérieur. *Progrès Médical*, 10 décembre 1943.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

30 *mai.* — Mme Lavagne-Mézière. Quelques aspects histo-pathologiques de la tuberculose expérimentale du cobaye.
M. Glotin. — Un cas d'hémiplégie typhique.
M. Lecomte. — Hypersomnie rythmée par les règles.
31 *mai.* — M. Trullier. De l'association du myelome multiple des os et des leucémies.
M. Rellay. — Angiomes du foie.
M. Abeille. — L'étude métrique des structures corporelles par la méthode des déviations proportionnelles.
M. Poucet. — Tuberculose primitive de l'urètre antérieur.

BIBLIOGRAPHIE

Le *Guide Médical et Pharmaceutique Rosenwald* 1944 est paru. Il est en vente aux Editions Commerciales de France, 4 *bis*, rue Descombes, Paris (Galvani 88-11) au prix médical de 50 francs, port en sus.

INFORMATIONS

(Suite de la page 178.)

L'exposition de dessins et sculptures de Mlle Magdeleine Mocquot. — Galerie Mac Grath, 13, rue de Tournon, métro Odéon. — 20 mai-10 juin 1944.

C'est un très bel ensemble que celui exposé par Mlle M. Mocquot. Des dessins d'une rare maîtrise, des sanguines, des gouaches, des pointes sèches témoignent du grand talent de la jeune artiste. Mais son œuvre capitale se fait admirer dans la présentation de ses sculptures. Dans de belles matières, qu'il s'agisse de grès bourguignons ou de bois, Mlle M. Mocquot a réalisé notamment des bustes charmants comme ceux de Mlles M., ou énergiques comme celui de H. B. G. Une très religieuse inspiration se retrouve dans ses bois: N.-D. de Boulogne, ou la tête d'ange.

Est-il utile de rappeler que Mlle M. Mocquot appartient à une famille médicale respectée entre toutes. Elle est la petite-fille et la fille de deux très grands chirurgiens, Edouard Quénu et Pierre Mocquot. Avec une pareille ascendance, l'artiste ne pouvait avoir que le goût du travail probe et de la juste mesure. Sa première exposition le prouve, elle retiendra tous ceux qui aiment dans l'art la vérité, la sobriété et l'harmonie.

La vente des thermomètres médicaux. — Une loi, en date du 1er avril 1944 (*J. O.* 18 mai), est relative à la vente des thermomètres médicaux. Sont seuls autorisés à les vendre:

a) Pour la vente en gros: les fabricants des thermomètres médicaux; les droguistes en pharmacie; les répartiteurs en produits pharmaceutiques; les négociants en gros de matériel médico-chirurgical;

b) Pour la vente en demi-gros ou au détail: les pharmaciens ayant officine ouverte au public; les herboristes diplômés exploitant un commerce d'herboristerie; les négociants en demi-gros et détail vendant du matériel médico-chirurgical et les opticiens-lunetiers qui en auront fait la déclaration à la préfecture.

A titre transitoire, un délai d'un mois à dater du 18 mai est imparti aux personnes non autorisées pour vendre ou céder les thermomètres détenus à l'une des personnes autorisées.

Production des sérums provenant d'animaux vivants. — L'article 1er de l'arrêté du 4 février 1937 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« L'établissement doit être placé sous la direction et le contrôle d'un vétérinaire qualifié.

» Les animaux doivent être sains, éprouvés selon leur espèce à la malléine ou à la tuberculine. Les équidés devront, en outre, être éprouvés également à la tuberculine.

» On doit éliminer les sujets atteints de brucellose. Les animaux sont observés et isolés pendant sept jours au moins avant d'être logés avec les autres animaux producteurs de sérums. Ils doivent être immunisés contre le tétanos de façon que leur sérum contienne de l'antitoxine tétanique pendant tout le temps de leur utilisation.

» Les écuries doivent être installées à une distance suffisante des laboratoires ».

(*J. O.*, 11 mai 1944).

Cours.

Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres). Prof. M. Jean Troisier; assistants : MM. Bariety et Brouet, agrégés, médecins des hôpitaux.

Un cours en vue du concours pour le titre de médecin phtisiologue des Services publics sera fait du 16 octobre au 23 novembre 1944. Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 h. à 17 h. et de 17 h. à 18 h., à la Salle des Conférences de la Clinique de la Tuberculose. Le programme détaillé sera indiqué ultérieurement.

Droits d'inscription : 600 francs. Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscriptions seront accordés par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les demandes de bourses devront être adressées avant le 30 septembre 1944.

Ce cours sera suivi, du 27 novembre au 9 décembre 1944, d'un cours théorique et pratique sur *les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la Tuberculose*. Droit d'inscription : 600 fr. Les inscriptions pour ces deux cours sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h. Le nombre des inscriptions sera limité.

Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 1.000 fr.

Les Laboratoires du Docteur F. Debat rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 francs à la création de *bourses de vacances* de 1.000 ou 500 francs destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées avant le 15 juin, 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du Professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyen d'appréciation.

L'Académie tient sa séance dans la salle des Pas-Perdus. — Les misères du temps présent ont forcé l'Académie à abandonner, le 23 mai, la salle des séances habituelle. Celle-ci était plongée dans une obscurité presque totale par suite de la coupure réglementaire du courant électrique. C'est donc dans la salle des Pas-Perdus, transformée hâtivement avec quelques banquettes, que s'est tenue la séance.

Le bureau était installé devant le buste du baron Portal qui fut, en 1821, le premier président de l'Académie. En face de M. le président Perrot, dans le fond du hall, un autre buste, celui du roi Louis XVIII, fondateur de l'Académie, retrouvait la place d'honneur qu'il occupa jusqu'à la révolution de Juillet 1830.

On sait que, depuis sa fondation en 1820, l'Académie changea souvent de local. Elle tint d'abord des réunions privées à la Faculté de Médecine, puis des séances publiques au Palais du Louvre, ensuite elle occupa le 8, rue de Poitiers. De 1850 à 1902, elle tint ses séances dans la vieille chapelle de la Charité, rue des Saints-Pères. Enfin, elle s'installa dans le bel immeuble construit pour elle, rue Bonaparte, par l'architecte Rochet. Mais c'est assurément la première fois qu'elle est obligée de s'improviser ainsi.

Les séances se tiennent maintenant à la Bibliothèque, toujours pour la même raison.

Nécrologie.

Lucie ABRICOSSOFF
(1894-1944)

Une cruelle maladie, supportée avec un stoïcisme émouvant, a emporté notre collègue Lucie Abricossoff — dont la trop courte existence a été toute de dévouement pour les enfants et les mères. Interne en 1929, elle était l'élève de Ribadeau-Dumas et de Veau, d'Apert et Faure Beaulieu, de Julien Huber. Sa thèse, couronnée par l'Académie de Médecine, a été, en 1932, consacrée à la transfusion sanguine chez le nouveau-né et le nourrisson. Elle devint l'assistante du regretté Apert, de Weill-Halle, d'Armand-Delille et j'avais la joie de la retrouver aux Enfants-Malades depuis 1941. Elle s'y consacrait aux petits tuberculeux et donnait aussi le meilleur d'elle-même à la Résidence Sociale de Levallois-Perret où, aux côtés de Mlle Bassot, elle associait à son rôle médical sa passion pour les infortunés et leur soulagement dans cette admirable organisation médico-sociale à laquelle elle appartenait depuis 1937.

Elle était encore médecin inspecteur des Ecoles et assurait à Neuilly une importante consultation de la Mutualité Maternelle, des cours à la Croix-Rouge, aux Surintendantes d'usine.

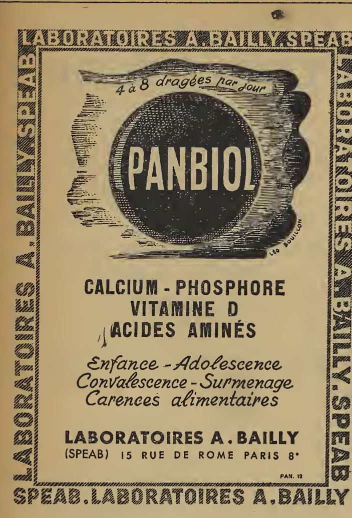
Elle a laissé partout le souvenir de son dévouement et du réconfort dont elle entourait ceux auxquels elle se consacrait. Sa mort prématurée laisse désemparés les malheureux, les malades qui trouvaient près d'elle le refuge de la consolation. Ses anciens chefs, ses collègues, ses camarades d'internat saluent avec émotion sa mémoire et adressent à sa mère, à sa sœur l'hommage déférent de leur profonde sympathie.

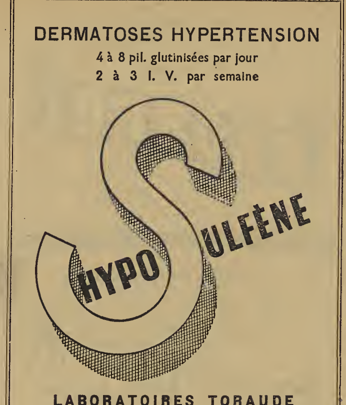
Julien Huber.

Sanatorium des étudiants.

Sanatorium de Boscamnant, par Saint-Aigulin (Charente-Maritime). — Deux postes d'internes, dont l'un au sanatorium, l'autre à l'hospice provisoire attaché à l'établissement, sont vacants.

Ecrire d'urgence à M. le docteur Canouët, médecin directeur.







Dépôt légal 1944 : 2e trimestre. N° 1. — Le Gérant: F. Le Sourd. 6-1994. Imp. de Montsouris. Paris C.O.L. 31.1113. Dépôt légal : 2e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 13. — 1er JUILLET 1944 117e ANNÉE Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger: 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Premier concours de nomination de médecins des hôpitaux (3 places). — MM. Laplane, Brocard et Debray.

Deuxième concours de nomination de médecins des hôpitaux (3 places). — Jury: MM. Clément Launay, Garcin, Monier-Vinard, L. Ramond, Aubertin, P. Bourgeois, Villaret, Decourt, Tinel, Léchelle, Lambling, René Bénard.

3e Concours de chirurgien des hôpitaux (1 place). — Jury: MM. les docteurs Jean Berger, Deniker, Soupault, Bergeret, Seille, Leveuf, Baumgartner, Fey, Boppe, Charrier, chirurgiens, Duvoir, médecin.

2e Concours d'Electro-Radiologiste des Hôpitaux (2 places). — Jury: MM. les docteurs Maingot, Dariaux, Romeanx, Cottenot, Brunet, Foubert, Devois, électro-radiologistes, L. Ramond, médecin, Jean Berger, chirurgien.

Erratum.

Répartition des Services hospitaliers.

Dans la *Gaz. des Hôp.* 1944, n° 12, p. 185, 2e col., rétablir ainsi le texte:

Hôpital Bretonneau: Accoucheur: M. Ecalle. Assistant : M. Suzor. Assistant d'obstétrique : M. Bidoire.

Hôpitaux de la région parisienne.

Concours de l'internat. Oral.

Séance du 16 juin. Questions sorties : Signes, diagnostic et traitement du croup diphtérique. — Symptômes, diagnostic et traitement du panaris du pouce.

Notes. MM. Pauleau, 16; Vaujour, 22; Meunier, 18; Guillaumin, 12; Haye, 22; Routier, 25; Nalpas, 18; Friedel, 23.

Séances du 21 juin. Questions sorties: Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes, diagnostic et traitement de l'invagination intestinale chez l'enfant.

Notes: MM. Lemenager, 26; Duché, 24; Thomas, 16; Le Jeune, 21; Hurel, 20; Hummel, 24; Flavigny, 22; Remond, 22.

Facultés de Médecine.

Agrégation des Facultés de Médecine. — Un arrêté en date du 6 juin 1944 (*J. O.* 15 juin 1944), modifie l'article 1er de l'arrêté du 31 juillet 1934 qu'il suit:

« La section 8 (médecine générale) comporte les options suivantes: *a*) Médecine générale; *b*) Anatomie pathologique; *c*) Bactériologie; *d*) Médecine légale; *e*) Dermato-Syphiligraphie. Le reste sans changement.

Faculté de médecine de Paris.

Nomination de professeur. — M. Vignes, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à titre permanent à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur titulaire à titre personnel à compter du 1er janvier 1944 (emploi créé). *J. O.* 10 juin 1944.

Concours du prosectorat (1944). — Ont été nommés: MM. Le Brigand, Adam, Küss et Germain.

Concours de l'adjuvat (1944). — Ont été nommés : MM. Gougerot, Jouve, Oudot, Vaysse, Loygue, Boreau, Torre et Ramadier.

Facultés de Province.

Lyon. — M. Bertrand, professeur de clinique chirurgicale, et M. Delore, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologique, sont rangés dans la 3e classe.

Marseille. — M. Balansard, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire.

— M. Grisoli est provisoirement chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie.

Montpellier. — M. Coll de Carrera, agrégé, est chargé d'enseignement de manœuvres obstétricales.

Nancy. — M. Melnotte, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire.

Ecoles de Médecine.

Angers. — M. Metzger, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, professeur d'anatomie descriptive, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er août 1944.

Légion d'honneur.

Secrétariat d'Etat à la Défense. — Chevalier à titre posthume. — Le médecin lieutenant Le Barillec du 44e régiment d'infanterie col. mixte sénégalais, a été cité. (*J. O.* 17 juin 1944).

Santé et Famille.

Médecins consultants régionaux de Vénéréologie.

Rectificatif au *J. O.* dn 7 juin 1944: au lieu de M. le professeur Galée, lire M. le professeur GATÉ.

Inspection de la santé. — M. le docteur Saddler, médecin inspecteur de la santé du Tarn, a été affecté, en la même qualité, dans le département du Lot.

M. le docteur Martinet (Jean-François) a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé des Hautes-Pyrénées, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Brousse, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Corrèze, a été détaché et mis à la disposition du préfet de la Corrèze pour être affecté au poste de médecin des dispensaires antituberculeux de ce département pour une durée de cinq ans au maximum, à compter du 1er novembre 1943.

M. le Dr René Combes a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Haute-Garonne, au maximum pour la durée des hostilités.

La démission de M. le Dr Marton, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Lozère, a été acceptée, à compter du 20 mars 1944.

Mme le Dr Bidegaray (Alice) a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Seine, au maximum pour la durée des hostilités. (*J. O.* 3 mai 1944.)

Conseils régionaux de l'ordre des médecins.

Région de Limoges. — Est nommé président M. le docteur Raymond, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, en remplacement de M. le docteur Filhoulaud.

Conseil de perfectionnement des écoles préparant au certificat d'aptitude à la profession de pédicure.

Sont nommés membres de la section permanente du Conseil de perfectionnement des écoles préparant au certificat d'aptitude à la profession de pédicure:

M. le docteur Charry, chirurgien consultant, à Paris.

M. le docteur Ducroquet, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris.

M. le docteur Allet, chirurgien du centre de podologie de l'hôpital Léopold-Bellan.

M. Faitout, pédicure à Paris.

M. Ledos, pédicure à Paris, président du syndicat des pédicures spécialistes de France.

Personnel médical des hôpitaux. — Un arrêté en date du 2 mai 1944, dispose que le délai de trois mois prévu pour la publicité des concours en vue du recrutement du personnel médical et pharmaceutique peut être réduit si les circonstances l'exigent.

Brevet de masseur. — Un examen en vue de l'obtention du brevet de masseur aura lieu dans le courant du deuxième semestre 1944, à Paris, Lyon et Bordeaux. (J. O. 28 mai 1944.)

Section permanente du Comité du massage médical. — Sont nommés membres de la section permanente: MM. le Directeur régional de Paris, les docteurs Deniker et Ducroquet (de Paris) MM. Dupuis et Nicolle. M. le docteur Ruffier (de Paris).

Analyse des échantillons de substances médicamenteuses.

Les laboratoires de l'Académie de Médecine de Paris et les laboratoires de contrôle pharmacologique de la Faculté de Médecine de Paris peuvent être chargés au même titre que le laboratoire national de contôle des médicaments de l'analyse des échantillons de substances médicamenteuses, hygiéniques ou toxiques prélevées par les inspecteurs des services d'inspection des pharmacies.

Le service de contrôle des médicaments antisyphilitiques des laboratoires de l'Académie de Mé

decine est chargé des analyses concernant les médicaments antivénériens dans les limites établies par la convention du 4 mai 1944 entre le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et le président de l'Académie de Médecine.

Le laboratoire central de l'Académie de Médecine de Paris est chargé des analyses concernant les substances médicamenteuses injectables d'origine non définie chimiquement dans les limites établies par la convention précitée.

Le laboratoire de contrôle pharmacologique de la faculté de médecine de Paris est chargé des analyses concernant les médicaments nécessitant un contrôle physiologique spécialisé dans les limites de la convention du 4 mai 1944 entre le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et le doyen de médecine de Paris. (Arrêté du 1er juin 1944, *J. O.* 12-13 juin).

Education Nationale.

Décret n° 1672 du 10 juin 1944 établissant un régime spécial en faveur de certaines catégories de candidats aux examens de l'année 1944 (J. O. du 17 juin 1944).

Article premier. — Le nombre de points normalement exigé pour être déclaré admissible aux épreuves orales ou admis définitivement à l'un quelconque des examens de l'enseignement supérieur, de l'enseignement secondaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement technique, qui ont eu lieu ou qui auront lieu pendant l'année 1944, est diminué de deux dixièmes pour tous les candidats partis en Allemagne au titre du service du travail ou de la relève antérieurement au 1er janvier 1945, pourvu qu'ils aient accompli effectivement au moins trois mois de travail en Allemagne.

Pour bénéficier de cette mesure, les intéressés devront fournir une attestation délivrée par le délégué régional de la délégation officielle française représentant en Allemagne le commissariat général d'action sociale pour les Français travaillant en Allemagne certifiant la durée de leur séjour en Allemagne.

Art. 2. — Les candidats visés à l'article premier, lorsqu'ils auront été admissibles aux épreuves orales d'un examen passé en 1944 et lorsqu'ils auront échoué auxdites épreuves conserveront le bénéfice de l'admissibilité pour les deux sessions du même examen auxquelles ils pourront effectivement se présenter soit au cours d'une permission, soit après leur retour définitif en France. Au cours de ces sessions, lesdits candidats bénéficieront, en ce qui concerne l'admission définitive, des dispositions de l'article premier.

La présente mesure n'est applicable que dans le délai maximum d'une année après le retour définitif en France des intéressés.

Décret n° 1584 du 10 juin 1944 modifiant le régime de l'immatriculation ou de l'inscription à une faculté en faveur de certaines catégories d'étudiants (J. O. 22 juin).

Article premier. — Les prisonniers de guerre en captivité et les travailleurs volontaires ou requis résidant depuis six mois au moins hors de France pour accomplir leur service du travail sont dispensés de l'obligation de se présenter personnellement en vue de leur immatriculation ou de leur inscription à une faculté. Ils pourront être immatriculés ou inscrits provisoirement soit par correspondance, soit par l'intermédiaire d'une personne qu'ils désigneront, à condition de fournir les pièces normalement exigées ainsi qu'une attestation certifiant leur qualité de prisonnier ou de travailleur et la durée de leur séjour hors de France, délivrée, pour les prisonniers, par l'homme de confiance du camp, et, pour les travailleurs, par le délégué régional du commissariat d'action sociale pour les Français travaillant en Allemagne.

Art. 2. — L'immatriculation ou l'inscription provisoire confèrent les mêmes droits que l'immatriculation ou l'inscription effectuée dans les conditions ordinaires.

Cet avantage n'est accordé que pendant la durée de la captivité des prisonniers de guerre ou du séjour hors de France des travailleurs et pendant les six mois qui suivent leur libération et leur retour définitif en France. Avant l'expiration de ce délai, l'intéressé devra se présenter au secrétariat de la faculté pour faire régulariser son immatriculation ou son inscription.

Enseignement préparatoire aux études médicales.

Le *J. O.* du 21 juin publie le décret n° 1581 du 10 juin: Art. 1er. — L'article 5 (3e paragraphe) du décret du 16 mars 1943 est modifié comme suit:

« Les épreuves écrites, qui seront anonymes, auront lieu simultanément devant toutes les facultés de l'école de plein exercice de médecine de Nantes, au jour fixé par le ministre, qui en arrête les sujets ».

Art. 2. — L'article 6 du décret du 16 mars 1943 susvisé, modifié par le décret du 29 avril 1944, est modifié comme suit:

« Dans chaque faculté de médecine le jury est composé de trois professeurs ou agrégés de cette même faculté de médecine et de deux professeurs ou maîtres de conférences de la faculté des sciences appartenant à la même université que ladite faculté de médecine ou à une université différente.

« Le jury de l'école de plein exercice de médecine de Nantes est composé d'un professeur de la faculté de médecine de l'université de Paris, de deux professeurs ou professeurs suppléants de l'école et de deux professeurs ou maîtres de conférences de la faculté des sciences de l'université de Rennes.

« Le président du jury doit être professeur de faculté de médecine.

« Quand le nombre des candidats l'exigera, le jury pourra comprendre des membres supplémentaires par décision du recteur prise sur la proposition du doyen ou du directeur de l'école de Nantes. Ces membres supplémentaires pourront être choisis parmi les chefs de travaux pratiques et, à défaut, parmi les assistants titulaires de faculté de médecine ».

(Le reste sans changement.)

Décret n° 1582 du 10 juin 1944.

Article premier. — Par dérogation aux dispositions de l'article premier du décret du 29 octobre 1943, les candidats ayant suivi l'enseignement préparatoire médicales à l'école préparatoire de médecine d'Angers et à l'école de plein exercice de Tours subiront en 1944 l'examen devant un jury de la faculté de médecine de l'université de Bordeaux.

Décret n° 1583 du 10 juin 1944.

Article premier. — Par dérogation aux dispositions de l'article 28 du décret du 6 mars 1934, l'examen correspondant à la troisième année de médecine pourra être subi pour les sessions de 1944 au siège des écoles préparatoires de médecine devant un jury délégué par la faculté ou l'école de plein exercice de rattachement et présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions de l'article 28 du décret du 6 mars 1934 susvisé, l'examen correspondant à la cinquième année de médecine pourra être subi pour les sessions de 1944 au siège des écoles de plein exercice de médecine devant un jury délégué par la faculté de rattachement.

Comité National de l'Enfance. — Le Comité National de l'Enfance a organisé le jeudi 29 juin une journée d'études consacrée à la question des *Consultations de nourrissons.* Les séances du matin (9 h. 45) et de l'après-midi (15 h.) ont eu lieu dans la grande salle des Commissions du Ministère de la Santé et de la Famille: 7, rue de Tilsitt, Paris-17e (métro: Etoile) sous la présidence de M. le docteur Lesné, membre de l'Académie de Médecine, président du Comité National de l'Enfance.

Programme: 1° *Historique de la question*, par M. Poudou, sous-directeur des Enfants Assistés à l'Administration générale de l'Assistance Publique de Paris.

2° *Réglementation à intervenir dans les Consultations de nourrissons*, par le docteur Robert Clément, médecin des Hôpitaux.

3° *Les consultations départementales des Nourrissons de la Seine*, par Mlle le docteur Claudia Petot, ex-interne des hôpitaux de Paris.

4° *Les consultations de nourrissons des grandes œuvres privées de la région parisienne*, par Mlle Boussand, déléguée technique du Service Social du 15e arrondissement.

5° *Les consultations de nourrissons des maternités*, par le docteur Lacomme, professeur agrégé, accoucheur en chef de la Maternité.

6° *Les consultations de nourrissons à la campagne*, par le docteur Paul Durand, de Courville-sur-Eure, membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

7° *Fonctionnement actuel des consultations de nourrissons de la Région parisienne. Résultats d'inspection*, par le docteur Lesne, membre de l'Académie de Médecine, président du Comité National de l'Enfance, et le docteur Mlle Ronget, ex-interne des hôpitaux.

8° *Du rôle éducatif des consultations de nourrissons. Ecole des mères et des jeunes filles*, par le docteur Roueche, secrétaire général du Comité National de l'Enfance. (*Voir suite p. 206.*)

ORDRE DES MEDECINS

Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Commission de Protection des Intérêts des Médecins prisonniers.

Depuis sa fondation, la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers du Conseil National de l'Ordre des Médecins, a pu satisfaire 325 demandes de livres faites individuellement par des médecins et 10 demandes générales faites par des lazarets de camps.

Il a été envoyé en tout: 951 ouvrages dont quelques-uns comportant plusieurs tomes.

Ces envois représentent une somme de 130.926 francs qui a été entièrement couverte par les dons généreux parvenus à la Commission.

Les envois ont été faits sans étiquettes par l'intermédiaire de la Croix-Rouge Française (Section Bibliothèque et jeux).



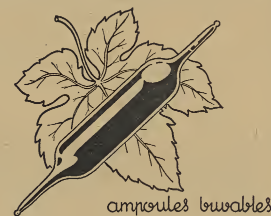
DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE	ARYTHMIE COMPLÈTE
DIURÉTIQUE PUISSANT	Insuffisance ventriculaire
	SCLÉROSES ARTÉRIELLES
	AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

TROUBLES DE LA CIRCULATION



ampoules buvables

OPO-VEINOGENE

"à base de vigne rouge et pluriopothérapie

LABORATOIRE  BIOSEDRA

S.A.R.L.

60, Rue de Rome, Paris, 8e



A PROPOS D'UN NOUVEAU CAS DE

Contagion professionnelle d'encéphalite épidémique

chez une Infirmière soignant un parkinsonien

par MM. Marcel Perrault, J.-B. Bouvier et R. Perceau (1).

Nous avons eu l'heureuse chance d'observer un nouveau cas de contagion professionnelle d'encéphalite épidémique, contractée par une infirmière soignante dans une salle de parkinsoniens, au contact de l'un d'eux.

Si, comme nous le rappellerons plus loin, le contage à la période des séquelles post-encéphalitiques, et singulièrement au stade de parkinsonisme, n'est pas extrêmement rare, puisque nous avons pu en trouver un certain nombre de cas cités dans la littérature, la contamination d'une infirmière par un malade parkinsonien, réalisant alors une maladie professionnelle typique, est à proprement parler exceptionnelle, puisque, sauf erreurs ou omissions de notre part, nous n'avons pu relever dans la littérature qu'un autre cas, rappelé plus loin, celui de MM. Crouzon et Horowitz.

Mme Tchitch..., âgée de 37 ans, infirmière à l'hospice d'Ivry, entre dans le service le 15 novembre 1943 pour un état de somnolence profonde, semi-comateux, avec hyperthermie aux environs de 39°, le tout évoluant depuis plusieurs jours.

C'est le 2 novembre, soit 13 jours auparavant, que la patiente a dû interrompre son service à cause d'une sensation de fatigue intense. Ni son entourage, ni son médecin de famille, n'ont d'abord prêté grande attention à cet état qui n'a semblé être que la majoration des phénomènes dépressifs physiques et psychiques présentés de temps à autre par cette femme, grande neurotonique habituelle.

Puis la fièvre, signée d'abord par le malaise général, la courbature, les frissonnements, a été authentiquée par la mesure thermométrique, s'élevant rapidement à 38°5-39° le soir, 37°8 à 38°2 le matin. On a pensé à la grippe, puis, à cause de vagues signes abdominaux, à une entéro-colite avec colibacillose urinaire.

Enfin, fait nouveau, s'est installé un singulier état de somnolence diurne de plus en plus marqué avec obnubilation telle qu'un état léthargique semi-comateux s'est installé. On a pensé alors à une intoxication barbiturique, hypothèse que la découverte, au chevet de la malade, d'un tube vide de gardénal paraissait appuyer suffisamment pour qu'on entreprît un traitement strychnique intensif, sans autre résultat que de déterminer une certaine vivacité des réflexes tendineux.

A ce moment, 14 novembre, le médecin traitant montre la malade à l'un de nous qui, sur la triade clinique : « somnolence, fièvre, raideur du type parapyramidal à la nuque et aux membres inférieurs, surtout à gauche », porte le diagnostic d'encéphalite épidémique type Von Economo-Cruchet et demande l'entrée dans son service de l'hospice d'Ivry, pour explorations complémentaires et traitement.

Le jour de l'entrée, 15 novembre :

1. — La malade présente un véritable état léthargique. Des excitations violentes : paroles à voix forte, secousses imprimées à ses membres, pincements, arrivent avec peine à la réveiller. Elle demeure d'ailleurs très obnubilée, répond mal aux questions, ne sait pas où elle se trouve, donne des indications confuses sur ses sensations, sa maladie, puis reprend aussitôt son sommeil.

2. — La respiration revêt un rythme de Cheynes-Stockes typique.

3. — L'examen neurologique révèle :

a) L'absence de paralysie et la conservation de la force musculaire.

b) de la rigidité musculaire de type parapyramidal perçue surtout dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête. Elle est moins marquée aux membres mais peut cependant être mise en évidence facilement aux membres supérieurs, surtout à gauche.

c) les réflexes tendineux sont vifs ; une trépidation épileptoïde des pieds est obtenue mais s'épuise après quelques secousses. Rappelons que la patiente a reçu depuis plusieurs jours, en ville, de la strychnine à assez hautes doses, parce que l'on avait cru, à tort, à une intoxication barbiturique. Le réflexe cutané plantaire est en flexion des deux côtés.

d) il n'existe pas de myoclonies.

e) l'étude de la sensibilité est difficile à pratiquer : il ne paraît y avoir ni algies ni troubles objectifs de sensibilité.

f) il existe un léger état méningé avec Kernig, et raideur de la nuque.

4. — L'examen oculaire (Dr Desvignes) donne les résultats suivants : Pupilles égales ; réflexes normaux ; parésie du VI gauche ; fond d'œil normal ; examen du champ visuel difficile à interpréter du fait de l'obnubilation de la malade et de ses réponses évasives.

5. — Un état infectieux marqué accompagne l'état léthargique.

La fièvre, qui était à 39° pendant les premiers jours, est actuellement autour de 38°. Elle va osciller de façon très irrégulière.

Le pouls est régulier, en rapport avec la température.

La tension artérielle est à 13-7.

6. — La langue est saburrale ; il existe de l'anorexie, de la constipation.

7. — Le reste de l'examen somatique ne montre rien de particulier.

(1) On trouvera de plus amples détails et la bibliographie dans la thèse de R. Perceau, Paris 1944.

8. — Les urines sont diminuées, à moins de trois quarts de litre par nycthémère. Elles ne contiennent ni albumine, ni sucre.

9. — Les examens biologiques donnent les résultats suivants :

a) Sang : ....

1° Numération globulaire :

Hématies	4.520.000
Hémoglobine	85 %
Valeur globulaire	0,9
Leucocytes	10.200 dont :
Polynucléaires neutrophiles	84
Polynucléaires éosinophiles	2
Lymphocytes	11
Monocytes	3
	100

2° Urée sanguine : 0,49 par litre.

3° Réserve alcaline : 54 volumes.

b) Le liquide céphalo-rachidien contient 5,6 éléments par mm³, constitués en très grande majorité par des lymphocytes ; 0 gr. 20 d'albumine par litre ; 0 gr. 83 de glucose par litre. La réaction de Bordet-Wassermann y est complètement négative. Celle du benjoin colloïdal normale.

Un tel ensemble clinique et biologique impose le diagnostic de maladie de Von Economo-Cruchet dans sa variété oculo-léthargique.

On met en œuvre à ce moment un traitement sulfamidé consistant en l'administration de sulfathiourée (2255 RP) : 10 grammes *per os* chaque jour pendant 2 jours, puis 8 grammes pendant 4 jours.

Le 22 novembre, après les 6 jours de traitement sulfamidé, le bilan est le suivant :

— Amélioration marquée, apparue dès le deuxième jour, de l'état léthargique. Certes, la somnolence persiste, mais on en tire assez facilement la malade qui, lorsqu'elle est éveillée, ne présente plus alors qu'une légère obnubilation.

— persistance des signes neurologiques (réaction méningée clinique, parésie du moteur oculaire externe gauche, raideur parapyramidale).

— persistance de la fièvre.

— du point de vue biologique, l'examen du liquide céphalo-rachidien a montré :

— le 17 novembre : 3 éléments par mm³ (lymphocytes), 0 gr. 20 d'albumine au litre.

— Le 20 novembre : 2,2 éléments par mm³ (lymphocytes), 0 gr. 20 d'albumine par litre, 0 gr. 89 de glucose par litre.

En somme, action très parcellaire et médiocre du traitement sulfamidé.

On institue alors un traitement par chocs pyrétiques (vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur par voie veineuse à doses progressives), aux environs de 40° tous les 2 jours, associés à l'administration de salicylate de soude soufré (salicyl sulfate réalisé d'après les travaux de Loeper et Parrod), à la dose de 8 grammes par jour (dont deux par voie veineuse), pendant 4 jours, puis 4 grammes pendant 8 jours.

Le 30 novembre, amélioration évidente de l'état clinique. Il n'y a presque plus de somnolence diurne. La parésie oculaire a disparu. On ne note plus de signes méningés. Mais le syndrome de rigidité musculaire parapyramidal persiste, quoique léger, et surtout persiste l'état fébrile.

Le 10 décembre, on pratique un abcès térébenthiné (2 cm³) à la cuisse droite. L'abcès se constitue normalement en donnant lieu aux habituelles réactions locales, thermiques et hyper-leucocytaires.

Le 17 décembre, incision de l'abcès. Dès le lendemain, chute de la température qui va se maintenir à la normale jusqu'à la sortie de la malade, le 31 décembre. A ce moment, aucun trouble somnique, et rigidité musculaire parapyramidale très légère, difficile à mettre en évidence.

La malade sort, se considérant comme pratiquement guérie.

Notre pronostic était plus réservé. L'avenir allait rapidement nous donner raison.

En effet, alors que du 1er janvier 1944 au 17 février 1944, la malade reste chez elle en convalescence, se levant une partie de la journée et vaquant à ses occupations ménagères, vers le 10 janvier 1944, la somnolence reparaît, contrastant avec des insomnies nocturnes quasi-absolues. La température s'élève à nouveau, atteint parfois 39°.

En même temps, apparaît un tremblement généralisé, plus marqué à gauche, surtout au membre inférieur. Sur le conseil de son médecin traitant, elle entre à nouveau dans le service le 17 février 1944.

A cette époque :

— La température s'élève à 39 pour baisser ensuite en se maintenant aux alentours de 38° le soir et 37°2 le matin.

Il existe une insomnie nocturne persistante avec somnolence diurne.

— La marche est possible, mais rapidement la malade signale une sensation de dérobement de la jambe gauche.

Il existe de la raideur du type parkinsonien, surtout du côté gauche, qui s'exagère aux mouvements.

— La force musculaire est également conservée aux membres supérieurs, légèrement diminuée aux membres inférieurs, surtout pour la flexion et surtout à gauche.

— Il existe un léger tremblement de repos au niveau des extrémités, surtout marqué à gauche.

— La malade, enfin, accuse des douleurs dans tout le côté gauche, en particulier au membre inférieur, au niveau du genou.

— La sensibilité au tact est conservée ; la sensibilité à la piqûre est très diminuée dans toute la moitié gauche du corps, y compris l'hémi-face. La sensibilité profonde est très perturbée tant au membre

inférieur qu'au membre supérieur du côté gauche ; la malade ne reconnaît ni la position des orteils ni la position des doigts.

— Les réflexes tendineux sont globalement vifs. Au membre inférieur gauche la percussion du tendon rotulien détermine plusieurs contractions irrégulières dans leur intensité et dans leur rythme.

— Quelques secousses cloniques réveillées au niveau du pied gauche s'épuisent rapidement.

— Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite, reste indifférent à gauche.

— Il n'existe plus de parésie oculaire ; les mouvements de latéralité des yeux sont tous possibles ; la convergence peut être obtenue, mais reste limitée ; les réflexes à la lumière et à l'accommodation à distance sont normaux.

Enfin, de légers troubles psychiques apparaissent : du 17 février 1944 au début de mars, la malade fait plusieurs fugues dans le service, avec chute au cours de l'une d'elles et hypomnésie consécutive. Pendant son sommeil, qui est très agité, elle chante ou parle à haute voix.

Une formule sanguine effectuée le 22 février donne les résultats suivants :

Hématies	4.520.000	
Hémoglobine	85 %	
Valeur globulaire	0,9	
Leucocytes	7.800 dont :	
Polynucléaires neutrophiles		71
Polynucléaires éosinophiles		5
Polynucléaires basophiles		1
Lymphocytes		13
Monocytes		8

Le traitement institué à l'occasion de cette reprise de la maladie fut le suivant : aneurine à haute dose (10 centigrammes) par voie veineuse, associée au salicyl-sulfate à la dose de deux ampoules *per os* par jour (4 grammes).

L'action fut bonne sur l'ensemble des troubles et surtout sur les algies qui furent rapidement calmées, sur l'hypersomnie diurne et sur la rigidité musculaire. La fièvre avait pratiquement disparu au bout d'une semaine. Cependant, l'apyrexie vraie n'était pas obtenue et les signes neurologiques étaient plutôt masqués que supprimés (à part les algies) par le traitement vitaminique B1. En effet, à l'occasion d'une interruption de traitement, on note la reprise immédiate de la somnolence et de la raideur. Enfin, vers le 20 mars, malgré le traitement, nouvelle poussée, avec fièvre, hypersomnie, agitation nocturne. On substitue alors à la vitamine B1 l'ortédrine injectable, d'abord à raison d'une ampoule (à 2 centigrammes), puis de deux ampoules par jour, par voie intra-musculaire. Résultats très bons, supérieurs à ceux obtenus avec l'aneurine, vis-à-vis de l'hypersomnie diurne (le sommeil nocturne étant possible sous le couvert d'un simple sirop de chloral) et de la rigidité.

Actuellement (15 mai 1944), état apparemment satisfaisant : fébricule à peine marquée, bon état général, comportement psychique correct, troubles neurologiques très atténués, mais au prix d'un traitement permanent par l'ortédrine à haute dose, dont l'action est comparable à celle de l'aneurine, mais semble-t-il plus intense. Là aussi, on doit admettre que les symptômes sont masqués plutôt que supprimés.

Par ailleurs, on doit redouter la possibilité de nouvelles poussées et de nouveaux remaniements lésionnels, l'évolution vers un syndrome parkinsonien étant malheureusement des plus probables.

En terminant, il nous faut insister sur les circonstances étiologiques spéciales qui nous paraissent du plus grand intérêt dogmatique et pratique.

Notre malade est infirmière. En cherchant la source de contagion, après avoir pu exclure tout contact familial ou social suspect au dehors, nous avons eu la notion de contact étroit et intime avec un parkinsonien, certainement contagieux.

En effet, cette infirmière était affectée à une salle réservée à des parkinsoniens. Elle s'occupait tout spécialement de l'un d'entre eux, grabataire, qui, à la suite d'une poussée récente, était devenu complètement impotent et de surcroît grand sialorrhéique. Elle était constamment amenée à essuyer sa salive avec des linges ou un mouchoir rapidement imprégnés, d'où fatalement une souillure des mains. On sait assez que, même si cette femme avait pensé à chaque fois à se laver les mains, la pénurie actuelle de savon a pu nuire à une désinfection convenable.

Enfin, elle alimentait à la cuiller le malade, lui parlait pour le consoler, lui faisait sa toilette, toutes occasions de contact suffisamment intime pour qu'on puisse tenir pour assuré qu'elle a dû, dans ces diverses circonstances, recevoir dans le visage et vers le rhino-pharynx de nombreuses gouttelettes de Pflugge. Les conditions habituelles de contamination étaient donc réalisées.

Il nous a semblé hors de doute que nous avions affaire à un cas de maladie professionnelle. Nous l'avons déclaré comme tel. Le médecin contrôleur de l'Administration de l'Assistance publique a adopté notre point de vue.

En résumé, nous avons observé, chez une infirmière de 37 ans, en contact avec un parkinsonien contagieux, une encéphalite léthargique, type Von Economo-Cruchet, de forme sévère et de pronostic réservé *sinon quo ad vitam*, du moins quant à la vraisemblance de séquelles importantes du type parkinsonien. Il s'agit à n'en pas douter, d'une maladie professionnelle dont la réalité a d'ailleurs été admise par l'Administration.

Du point de vue thérapeutique, on ne peut que déplorer l'absence d'une médication véritablement et totalement efficace. La sulfamidothérapie, le traitement salicylé, les chocs pyrétiques, n'ont semblé agir que bien partiellement. L'abcès de fixation a paru donner des résultats meilleurs, mais qui ne furent que passagers. L'aneurine à très forte doses (10 centigrammes) par voie veineuse, s'est montrée active à la fois sur les douleurs, l'hypersomnie et la rigidité. Ce ne fut toutefois qu'une médication symptomatique et qui n'empêche pas une poussée de se manifester. Sur l'hypersomnie et la rigidité, l'ortédrine injectable à la dose de 4 centigrammes par jour, en deux fois, par voie intramusculaire, a donné des résultats vraiment bons et plutôt supérieurs à ceux de l'aneurine. Mais là aussi, il s'agit vraisemblablement d'une action purement symptomatique.

Rappel des observations antérieures de contagion au contact de parkinsoniens ou de sujets porteurs de séquelles tardives post-encéphalitiques.

Nous n'avons pu relever dans la littérature qu'une observation tout à fait comparable à la nôtre, en ce sens qu'elle correspond également à une encéphalite, maladie professionnelle, contractée par une infirmière au chevet d'un parkinsonien, celle de MM. Crouzon et Horowitz (1).

Cependant, à l'occasion d'une communication de A. Netter à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, au cours de la discussion consécutive, M. G. Petit (2) a évoqué rapidement deux cas semblables, chez des infirmières.

Il y aurait donc, en tenant compte de ces derniers faits, quatre cas actuellement connus d'encéphalite, maladie professionnelle, chez des infirmières, contractés en soignant des parkinsoniens.

Voici l'observation de MM. Crouzon et Horowitz :

Le 15 juillet 1928, est entrée aux Chalets de la Salpêtrière une malade de 24 ans qui présente, depuis une encéphalite contractée en 1920, un syndrome parkinsonien extrêmement grave caractérisé par une rigidité considérable avec déformation du tronc et des extrémités et d'*une salivation incessante*. Impotente et *particulièrement baveuse* son séjour aux Chalets a nécessité une surveillance assez étroite, car depuis quelque temps elle est devenue très agitée. L'infirmière l'a soignée avec beaucoup de dévouement. C'est elle surtout qui s'en occupait, lui donnait à manger, essuyait sa bave très fréquemment, et il y avait des jours où la quantité de salive atteignait un litre en quelques heures.

Au bout de trois semaines environ, l'infirmière commença à présenter des myoclonies, surtout dans les membres inférieurs, et quelques poussées thermiques vespérales, sans cependant s'inquiéter outre mesure. Ce n'est que deux mois plus tard, fin octobre, que la malade est hospitalisée à l'infirmerie pour de la fièvre montant à 39°5, de la contracture, des vomissements et du hoquet. A l'examen on constate le tableau typique de l'encéphalite épidémique avec somnolence et myoclonies généralisées à la face et aux membres supérieurs, et surtout aux membres inférieurs dans les groupes du quadriceps et des adducteurs.

La malade a été soumise aux injections intraveineuses de salicylate de soude tous les jours et à 1 gr. 50 d'urotropine par la voie buccale, qui ont semblé l'améliorer beaucoup.

Elle n'en a pas moins ultérieurement présenté deux poussées encéphalitiques. La dernière, avec troubles psychiques, agitation et idées de suicide, cède lentement, à la reprise du traitement.

En résumé, au point de vue clinique, il s'agit d'une contagion hospitalière évidente par une malade atteinte depuis neuf ans d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

***

Des faits plus nombreux concernent des contaminations au contact de parkinsoniens ou de sujets porteurs de séquelles tardives variées. Ils sont d'ailleurs bien connus et nous n'entreprendrons de les citer en détail et complètement.

Rappelons rapidement les observations ou les travaux d'ensemble de :

— *Lemierre* (1920) : Un cas de contagion familiale d'encéphalite léthargique : En mars 1918, encéphalite léthargique chez une fillette de 11 ans, soignée par A. Netter. Reprise en septembre 1920. En décembre 1920, le père, âgé de 62 ans, contracte l'affection.

A vrai dire, l'auteur insiste moins sur la contagion à partir d'un syndrome parkinsonien que d'une encéphalite évoluant par poussées à des années d'intervalle. A l'occasion de l'une d'elles se fait la contamination.

— *Souques* (1921), dans son rapport à la Réunion Internationale de Neurologie, souligne la contagiosité tardive au stade parkinsonien et cite des cas de contamination familiale.

— *P. Marie et Mlle Levy* (1922), dans leur ouvrage classique, en apportent de nouveaux exemples.

— *Guillain, Alajouanine* et *Celice* (1924) rapportent une très belle observation, réalisant selon leur propre expression, « un fait presque expérimental », et concernant la contamination hospitalière d'un sujet dont le lit se trouva fâcheusement situé contre celui de deux parkinsoniens post-encéphalitiques.

« Nous avons, écrivent ces auteurs, observé récemment à la Salpêtrière un cas très suggestif ou la contagion d'une encéphalitique à sa phase parkinsonienne nous a paru évidente. Dans une de nos salles était hospitalisé depuis plusieurs années un jeune homme de 22 ans, confiné au lit, incapable de se lever ni de marcher car il présentait une amyotrophie considérable des membres inférieurs avec paraplégie en flexion consé-

(1) *Bull. Acad. de Méd.*. 16 avril 1929, n° 14, p. 488.
(2) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 20 janvier 1983, p. 61.

cutive à une polyomyélite aiguë ancienne survenue dans la première enfance.

Ce jeune homme était couché entre deux malades atteints l'un et l'autre d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique absolument caractéristique avec cette sialorrhée si souvent observée. Nous ajoutons que dans cette salle il n'y avait eu en traitement aucun cas d'encéphalite à sa phase aiguë.

Vers le mois de mars 1924, notre malade paraplégique par poliomyélite ancienne a été atteint d'une encéphalite aiguë à type léthargique, ayant débuté par une légère angine avec céphalée et état fébrile et s'étant caractérisée par la prostration, le sommeil invincible, la photophobie, la diplopie, la diminution de l'acuité auditive à gauche.

L'examen oculaire pratiqué par M. Lagrange a d'ailleurs montré l'existence de paralysies oculaires, ptosis, paralysies des grands obliques, paralysie du droit inférieur gauche ; ces paralysies dissociées, caractéristiques de l'encéphalite épidémique ont régressé en quelques semaines. Il existait aussi des secousses nystagmiformes dans les mouvements de latéralité des yeux et une diminution de l'acuité visuelle à gauche, le fond de l'œil était normal. La phase aiguë de cette encéphalite léthargique a duré environ un mois, l'asthénie a persisté longtemps, maintenant le sujet est en apparence guéri.

Notre malade était en contact incessant avec ses deux voisins de lit parkinsoniens post-encéphalitiques ; l'un de ceux-ci avait encore par intervalles des poussées évolutives fébriles. Nous mentionnerons aussi que notre malade avait l'habitude de faire les cigarettes d'un de ses voisins et de les lui allumer, car celui-ci avait une telle raideur de ses membres supérieurs qu'il ne pouvait s'en servir pour les usages communs de la vie journalière. »

— *M. Barbier* (1929) publie un cas d'encéphalite basse à forme polinévritique chez la femme d'un parkinsonien post-encéphalitique.

— *Riser* et *Meriel* (1931).

— *Guillain* et *Mollaret* (1932).

— *A. Netter* (1933), à la Société Médicale des Hôpitaux reprend la question de la contagion au stade tardif, parkinsonien de l'encéphalite. Il en apporte deux exemples nouveaux qui, rapprochés des cas déjà connus, tendent à confirmer la longue persistance du virus à l'état latent chez les sujets atteints d'encéphalite.

Il insiste sur le rôle des sécrétions nasopharyngées dans la transmission de l'affection.

Voici, brièvement résumés, les deux cas cités par l'auteur :

1er cas : Le 1er janvier 1919, encéphalite chez un élève de l'Ecole Normale de Châlons-sur-Marne. En janvier 1920, reprise de l'évolution. En février 1920, encéphalite chez une jeune fille d'une famille amie à Vitry-le-François, après séjour du malade dans cette famille, du 15 au 17 janvier.

2e cas : Le 3 décembre 1919, encéphalite chez une femme de 34 ans, avec parkinson consécutif. En juin 1925, un de ses fils contracte une encéphalite. L'auteur insiste sur le contact permanent et très proche du sujet avec la malade dont la sialorrhée était importante. Son frère, en contact moins direct, n'a pas été atteint.

— *G. Petit*, au cours de la discussion qui suit la communication précédente de A. Netter, relate lui-même 10 cas de contagion tardive d'encéphalite non publiés, dont 2 se rapportaient à des infirmières en contact avec des parkinsoniens.

On voit, par ce rappel bibliographique, qui sans avoir la prétention d'être exhaustif est néanmoins assez complet pour que nous ayons la quasi certitude d'avoir colligé pratiquement la très grande majorité des faits, que les cas démonstratifs de contagion à la phase tardive, dite de séquelles post-encéphalitiques et singulièrement du parkinsonisme, sont peu nombreux.

Ils n'en établissent pas moins la réalité de la persistance du danger de contagion à cette période évolutive tardive de l'encéphalite épidémique.

***

Les circonstances habituelles de la contamination.

Que l'encéphalite, à la phase tardive, dite de séquelles et tout spécialement au stade de parkinsonisme, soit contagieuse, c'est une notion qui s'impose du fait même des constatations cliniques que nous venons de rappeler.

Au demeurant, il est devenu banal d'admettre, comme l'écrivent Guillain et Mollaret que « si quelques séquelles correspondent réellement à une lésion purement cicatricielle de la phase aiguë, la grande majorité traduit en réalité la réviviscence d'un virus très longtemps présent dans les centres nerveux ».

En dehors même des faits constatés de contagiosité tardive, on peut avec ces auteurs retenir trois séries d'arguments qui démontrent l'activité persistance de la maladie :

1° *Les arguments cliniques.*

Reprise aiguë, avec fièvre, de poussées encéphalitiques; remaniement du tableau neurologique avec apparition de phénomènes nouveaux, intéressant d'autres régions du système nerveux, et ayant une allure différente de celle de phénomènes purement dégénérateurs.

2° *Les arguments anatomo-pathologiques.*

Fréquence de la coexistence chez des sujets morts à un stade ultra-tardif, de foyers inflammatoires récents et de lésions cicatricielles anciennes.

3° *Les arguments biologiques* fournis par les inoculations positives (Netter, Levaditi et Harvier, Casale, etc.).

Ce dernier ordre d'argument est malheureusement peu convaincant dans l'état actuel de la science, car l'identification du virus encéphalitique n'est pas acquise malgré le grand nombre de travaux consacrés à son étude.

Déjà Strauss, Hirschfeld et Loewe, Mac Intosch et Turnbull avaient tenté de préciser la nature du virus encéphalitique. Levaditi, Harvier et Nicolau ont montré la difficulté d'obtenir des inoculations positives de l'animal tant par les fragments du névraxe que par les produits de sécrétion, même chez le lapin, animal d'expérience le plus sensible cependant au virus de l'encéphalite. Par contre, lorsqu'une souche fixe peut être obtenue, les passages en série deviennent aisés.

Cette rareté des inoculations positives ne laisse pas d'être déroutante. Successivement Flexner et Arnoss, Stern, Rette et Junner, devant la négativité de leurs résultats ont été jusqu'à mettre en doute la spécificité de la maladie expérimentale chez le lapin. Levaditi explique le phénomène par une auto-stérilisation du virus dans les centres nerveux. Et cependant la clinique apporte des notions absolument contradictoires. Pourtant des cas d'inoculation positive de longs mois après le début de l'affection ont été signalés par Netter, Césari et Durand.

Les auteurs ont, d'autre part, mis en évidence le virus dans le filtrat des glandes salivaires d'un lapin encéphalitique. Levaditi, Harvier, et Nicolau l'ont retrouvé dans le culot de centrifugation de la salive mixte, ce qui leur a permis de déceler les porteurs sains de germe dans l'entourage des malades.

Par contre, Crouzon et Horowitz, essayant de donner à leur observation clinique une base expérimentale, ont inoculé la salive et les sécrétions nasopharyngées de leur deux malades à 12 lapins par voie intracérébrale : aucun résultat positif n'a été observé et l'émulsion cérébrale des animaux inoculés, injectée à d'autres lapins n'a provoqué elle-même aucun trouble encéphalitique. Les auteurs ne concluent, d'ailleurs aucunement à l'absence du virus dans la salive mais simplement à la délicatesse des expériences qui ne réussissent pas dans tous les cas. Si bien que les arguments cliniques et en particulier les contagions par la salive, à partir des formes parkinsoniennes ont actuellement plus de valeur que les arguments biologiques et expérimentaux.

Si la contagiosité de l'encéphalite à sa phase tardive peut être considérée comme un fait certain, on peut également admettre comme démontré que l'élimination du virus se fait par la salive, ainsi qu'il résulte des constatations cliniques (Grenet, Netter, etc.), anatomopathologiques (Netter et H. Durand, etc.), biologiques (Césari, Durand).

Cette élimination de virus n'est vraisemblablement pas constante, mais se fait probablement de façon discontinue, au moment des phases évolutives de la maladie, coïncidant avec ces crises d'hypersalivation dont la constatation est normale au cours des poussées d'aggravation chez les parkinsoniens, qu'il y ait en même temps ou non d'autres phénomènes, tels que la fièvre, la leucocytose sanguine ou l'hyperglycorachie venant témoigner du remaniement lésionnel inflammatoire.

Tous les auteurs qui ont observé des faits de contagion au contact des parkinsoniens, soulignent cette hypersalivation récemment apparue, ou récemment accrue, du sujet contaminateur.

En ce qui concerne le sujet contaminé, on admet d'une façon générale que la porte d'entrée est rhinopharyngée. La contamination peut donc à priori se réaliser, soit directement par les gouttelettes de Pflugge, soit par l'intermédiaire des mains du sujet contaminé, lorsque celui-ci les a souillées de salive au cours des soins de propreté donnés au malade, ou de son alimentation. La contagion par l'intermédiaire d'un objet ou de linge ayant servi au patient et accidentellement souillés de salive doit être également prise en considéraion.

***

Toutes les observations cliniques de contamination par des parkinsoniens concernent des sujets de l'entourage immédiat, en contact intime avec le patient.

A titre d'illustration de cette nécessité de la fréquence et de l'intimité du contact, rappelons que dans le deuxième cas de Netter, sur deux enfants habitant avec la mère parkinsonienne, seul a été contaminé celui dont le caractère affectueux le conduisait à rester le plus souvent près d'elle, assis sur ses genoux des après-midi entières. Rappelons encore que le sujet de MM. Guillain, Alajouanine et Célice, semble avoir été victime de sa gentillesse qui l'amenait « à suppléer son voisin (particulièrement sialorrhéique) dans tous les actes de la vie quotidienne, notamment dans la confection et l'allumage des cigarettes ».

Dans l'observation de Crouzon et Horowitz et dans la nôtre, l'infirmière contaminée était particulièrement dévouée à un parkinsonien en poussée évolutive, largement sialorrhéique, et dont l'impotence quasi absolue, exigeait des soins minutieux et répétés.

Il est certain que la profession d'infirmière soignante de tels parkinsoniens évolutifs, réalise au mieux les conditions expérimentales de contamination.

L'encéphalite épidémique considérée comme maladie professionnelle. Déductions d'ordre prophylactique et médico-légal.

Tous les auteurs qui, comme nous, ont observé des cas de contagion familiale ou professionnelle d'encéphalite au contact des parkinsoniens ont insisté sur les déductions thérapeutique et prophylactique qui s'imposent.

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité admise par tous et généralement mise en pratique d'un traitement antiinfectieux prolongé.

D'une façon générale, la prophylaxie sera réalisée par l'isolement aussi parfait que possible du patient et par des précautions d'hygiène simple (éviter des contacts inutiles, port éventuel d'un masque, lavages des

mains, désinfection des objets personnels du malade, lavage à part de son linge, etc.) de la part de l'entourage.

Dans le cas particulier d'une infirmière soignante, il faut envisager un fait nouveau important : il s'agit d'une maladie professionnelle, point de vue susceptible d'entraîner des considérations plus spéciales.

Tout d'abord il s'agit bien d'une maladie professionnelle.

En effet, d'après Pollet : « Est professionnelle toute maladie qui vraisemblablement ne se serait pas produite dans un autre métier ».

L'encéphalite épidémique, lorsqu'elle est contractée par un auxiliaire médical au chevet d'un malade, qu'il s'agisse d'encéphalite aiguë ou d'encéphalite à sa phase tardive, viendrait ainsi prendre place à côté d'autres maladies infectieuses reconnues comme professionnelles, telles que la spirochétose (mineurs, égoutiers, etc.), le tétanos et le charbon, maladies indemnisées, et les brucelloses, soumises seulement à la déclaration obligatoire.

Cet aspect nouveau de l'affection impose à notre avis quelques conclusions pratiques.

Tout d'abord, il importerait d'établir une déclaration obligatoire de l'affection et cette déclaration devrait être faite à toutes les périodes de l'encéphalite, tant à sa phase aiguë qu'à sa phase parkinsonienne. Cela contraindrait à prendre vis-à-vis de l'entourage des malades et en particulier du personnel infirmier préposé à leur surveillance les mesures prophylactiques nécessaires, car, ainsi que le disent MM. Duvoir et Malespine, « la déclaration doit être un élément de la prévention ».

Ces mesures prophylactiques ont été déjà réclamées par les auteurs qui ont publié des cas de contagion à partir de parkinsoniens et dont nous avons relaté les observations.

C'est ainsi que MM. Guillain, Alajouanine et Célice, écrivent : « Il nous paraît qu'il est nécessaire d'isoler dans les salles d'hôpital les parkinsoniens post-encéphalitiques, spécialement ces parkinsoniens pseudobulbaires qui ont une sialorrhée incessante. Il faut que les familles connaissent la possibilité de la contagion des parkinsoniens.

« Le parkinsonien qui joue avec ses enfants, qui les embrasse, est incontestablement dangereux pour eux. Il est indispensable de prendre vis-à-vis des parkinsoniens post-encéphalitiques toutes les mesures d'hygiène de prophylaxie, de désinfection qui, nous semble-t-il, ne sont actuellement jamais appliquées. »

MM. Crouzon et Horowitz : « Il faut donc prendre des mesures d'hygiène prophylactiques à l'égard de ces malades. Le meilleur moyen semble consister dans l'isolement, seul capable d'éviter la contagion de l'encéphalite avec ses séquelles redoutables. »

MM. Guillain et Mollaret : « De tels malades sont rassemblés à la Salpêtrière, dans des salles spéciales, leur linge doit être désinfecté, leurs objets de table doivent être strictement personnels. »

Qu'il y ait donc des mesures prophylactiques à prendre, cela semble évident. Si, comme y insistent MM. Guillain et Mollaret, elles sont difficiles à envisager dans le milieu familial, il n'en va pas de même dans le milieu hospitalier. L'isolement des parkinsoniens en salles spéciales met déjà à l'abri de contagion les autres malades.

Quant au personnel infirmier, il semble que les mesures prophylactiques doivent être envisagées d'après ce que nous avons dit plus haut sur le mode de contage par la salive, favorisé par la sialorrhée de ces malades.

Le personnel infirmier doit être instruit de façon claire de ces dangers de contagion et des modalités pratiques d'y remédier.

C'est ainsi que s'impose la désinfection des mains pour les infirmières qui alimentent les malades. La désinfection rhino-pharyngée fréquente serait, nous semble-t-il, à envisager. Peut-être même pourrait-on proposer l'adoption de mesures analogues à celles prises dans certains services de contagieux, par exemple le port du masque pour procéder aux soins de toutes natures, masque évidemment lâche qui pourrait être constitué soit par la bavette habituellement utilisée, soit par une feuille de matière plastique maintenue à distance du visage.

***

Il nous faut maintenant étudier rapidement le côté médico-légal du problème.

Tout d'abord, il faut envisager l'inscription sur la liste des maladies professionnelles. Une telle éventualité serait éminemment souhaitable car elle seule permettrait d'indemniser comme il convient la victime.

On ne peut objecter le nombre relativement minime des cas : 4 cas en 30 ans, à n'envisager que la contagion au contact des parkinsoniens. Les autres maladies infectieuses inscrites dans la loi ne sont pas (à part le charbon), d'une fréquence beaucoup plus grande. Elles sont par contre, en général, à part le tétanos, beaucoup moins graves.

En effet, en dehors même des dangers *quo ad vitam* à la phase aiguë, on ne sait que trop le sombre pronostic d'avenir qu'impose la très grande fréquence du parkinsonisme ou d'autres séquelles neuro-psychiques.

D'après Guillain et Mollaret : « On peut admettre que les deux tiers ou les trois quarts des sujets atteints à un moment donné d'encéphalite épidémique présenteront à quelque degré, des phénomènes persistants ou des manifestations ultérieures nouvelles. »

D'après Ziegler qui a fait l'une des statistiques les plus étendues, portant sur 752 malades, il n'y a eu, pour une mortalité de 13,2 %, que 1,3 % de guérisons complètes; et les séquelles des autres malades ne permettaient un travail régulier qu'à 15 %, et un travail irrégulier qu'à 25 % d'entre eux.

Dans le cas particulier d'une infirmière, il est évident, qu'en cas de parkinsonisme, elle devra cesser son métier et qu'elle en pourra difficilement exercer un autre quelque peu rémunérateur.

Il est donc tout à fait légitime d'envisager une indemnisation. Certes, il est toujours possible à la victime de se pourvoir contre l'employeur responsable des dommages causés par les objets dont il a la garde, mais cette procédure est loin d'apporter à la victime les garanties que lui donne la loi portant réparation des maladies professionnelles qui assure la réparation des dommages, d'une façon tout à fait automatique, sous la seule condition que l'affection en cause soit inscrite dans les tableaux à double entrée annexés à la loi et que le délai de responsabilité soit respecté.

De même, en général, le pourcentage d'invalidité est fixé sinon étroitement, tout au moins comme variant autour d'une *moyenne indicative*.

Enfin, il est inutile d'insister sur l'intérêt qui s'attache au bénéfice de la présomption d'origine.

***

En ce qui concerne l'infirmière de notre observation, nous nous sommes demandé si, en l'absence d'une législation suffisamment protectrice, elle ne risquait pas de subir un préjudice matériel important. Heureusement, d'une façon spontanée, l'Administration de l'Assistance Publique a envisagé des mesures de réparation qui paraissent satisfaisantes et sont, en tout cas, très largement supérieurs à la simple pension d'invalidité des Assurances Sociales.

Dès le début de l'affection, sur la foi de notre attestation, notre malade a été reconnue, par le médecin de contrôle de l'Assistance Publique, comme ayant été contaminée en service. De ce fait, pendant toute la durée de la phase aiguë, elle sera payée à solde entière, bénéficiant par ailleurs des soins gratuits. Ultérieurement, elle aura à subir un examen de contrôle pour juger si oui ou non elle peut reprendre son travail. En cas de séquelles importantes, les mesures prévues par l'Administration sont les suivantes :

1° Mise à la retraite au prorata de ses années de service.

2° Attribution, en plus, d'une pension d'invalidité susceptible d'être remaniée par un contrôle médical au bout de cinq ans.

Au total, dans ce cas, et ceci grâce à l'intelligente compréhension de l'Administration de l'Assistance Publique, des mesures satisfaisantes seront prises mais nous tenons à souligner que ce fait est entièrement volontaire, aucune législation ne venant l'imposer.

Donc, notre suggestion d'inscrire la maladie dans le cadre des maladies professionnelles, nous paraît devoir être maintenue, comme seule susceptible d'apporter une solution générale satisfaisante. D'ailleurs il serait éminemment désirable d'envisager une extension plus grande de cette façon de voir, d'inscrire, et d'indemniser d'une façon générale les « maladies contractées par le personnel soignant au contact des malades, sauf lorsqu'il s'agit de cas considérés comme accident du travail ».

En conclusion, ce nouveau cas d'encéphalite épidémique contratée par une infirmière soignante au contact d'un parkinsonien nous a paru digne d'être publié non seulement à cause de son caractère assez grand de rareté mais surtout parce qu'il revêt d'une façon indiscutable le caractère de *maladie professionnelle*.

Notre observation constitue le quatrième cas connu, en France, de contagion, chez une infirmière, par un parkinsonien. De moins rares observations de contagion familiale, à cette phase tardive, ont été rapportées par d'autres auteurs.

L'ensemble de ces observations et des considérations cliniques, anatomiques et biologiques, corroborent la contagiosité possible de l'encéphalite à sa phase tardive. Cette contagion, étant expliquée par l'élimination virulente salivaire, suppose la fréquence et l'intimité des contacts, d'où le danger tout spécial dans le cas du personnel médical auxiliaire soignant.

Ces notions imposent des déductions prophylactiques générales et personnelles qui n'ont pas échappé aux auteurs, mais qui mériteraient de passer davantage sur le plan pratique.

Enfin, du point de vue médico-légal, il y aurait intérêt à ce que cette encéphalite épidémique contractée par une infirmière soignante fût considérée comme maladie professionnelle et indemnisée comme telle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mai 1944.

Les réactions respiratoires dans le botulisme aigu expérimental. — MM. L. Binet, R. Legroux, J.-C. Levaditi, Mlle M. Poutonnet. — La fréquence et la gravité des accidents provoqués par l'ingestion d'aliments de conserve altérés nous ont amenés à préciser certains points de l'étude expérimentale que l'un de nous poursuit depuis plusieurs années avec Mme C. Jéramec.

Nous signalons aujourd'hui, à cause de leur portée pratique en thérapie humaine, les résultats de l'étude des réactions respiratoires que l'animal intoxiqué présente avant sa mort. Nos expériences ont été pratiquées sur des lapins adultes soumis à une intoxication massive qui entraîne leur mort 2 heures après l'inoculation. A la suite de cette injection toxique l'animal présente, après 1 h. 30 environ, de l'incoordination des mouvements du train postérieur, puis de la faiblesse des muscles de la ceinture scapulaire et de la nuque qui aboutit à la chute de la tête sur le plancher ; de la salive s'écoule du museau ; parallèlement, l'amplitude et le rythme respiratoires diminuent et la mort survient 25 à 35 minutes après l'apparition des premiers signes. A l'ouverture du cadavre, l'oreillette bat encore, et dès la libération de l'enveloppe péricardique les contractions ventriculaires reprennent pour durer parfois plusieurs heures jusqu'à la dessiccation de l'organe.

Nous nous sommes attachés à l'enregistrement du rythme respiratoire, abdominal et thoracique, des variations du courant intratrachéal et de la tension artérielle chez les animaux intoxiqués.

Une heure après l'injection et dans les instants qui suivent, tandis que la tension artérielle reste normale, ou voisine la normale, la respiraison est fortement troublée : le rythme diminue et l'amplitude décroît considérablement, le débit respiratoire s'effondre et vers la deuxième heure, en moins de deux minutes, on voit s'inscrire la chute verticale de la tension artérielle, qui traduit sur nos tracés la mort de l'animal.

Ces observations préliminaires nous ont conduit à soumettre le lapin intoxiqué à une inhalation précoce et permanente d'oxygène pur. Pour cela, grâce à une canule munie de la soupape de Tissot, la trachée est mise en communication directe avec un spiromètre-réservoir rempli d'O_2 pur. L'inhalation d'oxygène commence 30 à 45 minutes après l'inoculation de la toxine et est continuée jusqu'à l'arrêt de l'expérience. Vers la deuxième heure après l'inoculation, alors que les lapins témoins sont morts, on assiste au tableau saisissant d'un animal en apnée et qui continue à vivre grâce à l'oxygénation : le débit respiratoire n'est plus mesurable mais les contractions cardiaques sont régulières, la tension artérielle est bonne, voisine de 10 cm. de Hg. L'animal soumis à l'oxygénothérapie vit 4 h. et au delà après l'inoculation; l'expérience montre que l'oxygène commande cette survie car il suffit de remplacer l'oxygène par l'air pour amener la mort en quelques minutes.

La survie en état d'apnée dans une atmosphère d'oxygène pur peut être interrompue par une défaillance circulatoire, dans le cas d'une dose considérable de toxine injectée ou d'inhalation d'oxygène tardivement instaurée; le cœur s'arrête, le style inscripteur de la tension s'abaisse brusquement et reste immobile. On conçoit la gravité d'un tel état, nous avons pu cependant y pallier expérimentalement. Nous pratiquons, au moment de la chute de la tension, une respiration artificielle par petites insufflations intratrachéales obtenues par des pressions courtes et rapprochées sur le spiromètre à O_2 : en quelques instants on observe la reprise des contractions cardiaques, la tension artérielle monte et on assiste à une survie, toujours en état d'apnée, avec une tension voisine de la normale (1).

Ainsi l'intoxication botulique qui tue par arrêt respiratoire peut être singulièrement prolongée par inhalation d'O_2 pur complétée par la respiration artificielle. Nous souhaitons que les médecins, aujourd'hui armés en matière d'oxygénothérapie et de respiration artificielle (poumon d'acier), méditent ces faits expérimentaux.

(1) Nous avons pu, en l'espace de deux heures, renouveler cette ranimation cinq fois.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 23 MAI 1944.

En raison du manque de lumière, et pour la première fois depuis sa fondation, l'Académie a tenu sa séance dans la salle des Pas-Perdus.

Notice nécrologique sur M. Surmont, correspondant national. — M. Ameuille.

Enquête sur quelques foyers de diphtérie constatés en Eure-et-Loir en 1943-1944, et sur les résultats de la vaccination. — M. Basse et Mlle Dauvé. — Dans une communication présentée par M. G. Ramon, le Dr Basse et Mlle Dauvé font part des observations qu'ils ont pu recueillir lors d'une enquête menée dans certains foyers de diphtérie du département d'Eure-et-Loir au cours des années 1943-1944. Ils apportent des renseignements concernant les résultats de la vaccination, dans ces foyers, en regard de la recrudescence actuelle de la diphtérie. De l'ensemble des constatations effectuées il ressort que sur 54 cas de diphtérie : 13 ont été observés chez des vaccinés (24 %) et 41 chez des non vaccinés (76 %). Les cas ont été généralement bénins chez les vaccinés. Tous les cas graves ainsi que les décès ont été observés chez les non vaccinés :

Mortalité chez les vaccinés : 0 %.

Mortalité chez les non vaccinés (5 cas) : 9,2 %.

Ainsi que le souligne M. G. Ramon, les faits qu'apportent M. Basse et Mlle Dauvé, de même d'ailleurs que ceux relatés tout dernièrement devant l'Académie et qui avaient été recueillis à Paris par le Dr A. Besson et à Lyon par le Dr Poulain sont des plus démonstratifs de la valeur, pour la prophylaxie de la diphtérie de la méthode de vaccination au moyen de l'anatoxine spécifique.

En présence de faits aussi nombreux et aussi bien établis, on doit regretter, une fois de plus, que la vaccination antidiphtérique déclarée obligatoire en France par la loi de 1938, complétée par celle de 1940, n'ait pas été immédiatement appliquée et cela par suite des entraves mises à sa réalisation (1). Si la loi avait été rendue effective en temps opportun, on eût fait dans notre malheureux pays, l'économie de nombreuses vies humaines et en particulier de nombreuses vies d'enfants, précieuses entre toutes pour la renaissance de notre Patrie.

Quoi qu'il en soit, la communication de M. Basse et de Mlle Simone Dauvé jointe à celles de M. Besson et de M. Poulain, affirme à nouveau et sans conteste, pour tous les gens de bonne foi, que la vaccination antidiphtérique systématiquement et correctement appliquée est bien capable d'amener la diminution dans de très fortes proportions de la morbidité et de la mortalité par diphtérie parmi les vaccinés, même au cours d'une période de forte poussée épidémique comme c'est le cas depuis deux années.

Importance de l'étude systématique de la glycémie en chirurgie. — MM. Peryes et Seranne. (Présentation par M. Lenormant).

(1) Voir à ce propos : G. Ramon, *Bulletin Académie de Médecine*, T. 127, 1943, p. 633.

Mécanisme des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. Nouvelle réaction de floculation. — M. Dognon et Mlle Simonot. (Présentation par M. Fiessinger). Discussion : M. Guillain.

Note sur le développement des conduits naso-lacrymaux chez l'homme et sur le coloboma facial. — MM. Cordier et Roux. (Présentation par M. Rouvière). — Les auteurs ont repris l'étude du développement des voies lacrymales sur onze embryons humains de 12 mm. 5 à 67 mm.; ils ont suivi les différents stades de l'ébauche lacrymo-nasale. — MM. Cordier et Roux ont vu naître les canaux lacrymaux et le sac lacrymal par bourgeonnement du conduit lacrymal ; ils ont noté l'existence constante d'un bourgeon sur la paroi externe du conduit principal, sus-jacent au cartilage temporaire para-nasal.

Les auteurs ont donné une interprétation pathogénique du coloboma : l'agénésie frappe toujours les voies lacrymales, dans la forme précoce dite T de Morian, probablement au stade de lame naso-lacrymale, rattachée par son fond à l'épiblaste de la gouttière naso-lacrymale. Si l'agénésie est plus tardive, forme II dite de Morian, les voies lacrymales pourront suivre leur évolution normale.

Discussion. — M. Veau. En raison de la rareté du coloboma, son histoire clinique est encore à faire. C'est dans le but de rapprocher bec-de-lièvre et coloboma que les embryologistes ont mis ici en cause l'évolution des bourgeons faciaux et du sillon lacrymal, hypothèse déjà ancienne et reproduite sans discusion par la plupart des auteurs. Les voies lacrymales cependant ne sont pas touchées par le processus; la malformation est plus externe. Dès 1921 Ask et Hove y ont insisté ; de même Polibjer qui ne fournit aucune explication convaincante de ce fait sans doute y a-t-il deux malformations de siège et d'origine embryologique différents : une interne, exceptionnelle, peut-être différente du coloboma et engendrée par l'évolution du sillon lacrymal ; une externe plus fréquente, coloboma des chirurgiens qui intéresse la partie moyenne ou externe de la paupière inférieure et parfois la voûte palatine et le segment moyen ou externe de la lèvre supérieure ; son point de départ est profond, proche de la vésicule acoustique souvent lésée, sous-jacent à la vésicule optique toujours intacte. L'embryologie du coloboma est encore obscure.

M. Rouvière adopte pour sa part les conclusions de MM. Cordier et Roux.

Vacances de la Pentecôte. — La séance du 30 mai 1944 n'aura pas lieu.

SÉANCE DU 6 JUIN 1944.

Vœux. — L'Académie, émue de la réduction de plus en plus grande des réserves en alcaloïdes de l'opium et plus spécialement de morphine, émet le vœu que la Croix-Rouge Française obtienne l'autorisation d'envoyer en Orient dans les plus brefs délais une mission aérienne qui rapporterait une tonne d'opium pour les besoins de la thérapeutique française.

L'Académie attire l'attention des Pouvoirs publics sur la question du blanchissage et demande, au point de vue de l'hygiène sociale, qu'il soit accordé une dérogation en faveur du blanchissage des draps de lit, qu'il est impossible d'opérer à domicile.

L'index tuberculinique dans la région parisienne ; son état actuel ; ses rapports avec la mortalité tuberculeuse. — MM. Bezançon, Boulanger et Maclouf. — Les statistiques et les constatations de ces dernières années montrent toutes, sans contestation possible, l'augmentation de la mortalité et de la morbidité tuberculeuses. Les formes graves sont plus fréquentes, aussi bien les primo-infections que les réinfections ; les conditions présentes ont bouleversé la nosologie de la maladie.

La présente enquête porte sur 7.000 enfants ou sujets au-dessous de vingt ans ; elle montre qu'à cette période de la vie l'index de tuberculisation, non seulement n'a pas augmenté, mais paraît même avoir diminué. Elle a été conduite sous les auspices de l'Institut National d'Hygiène. Il est utile d'insister sur de telles constatations et de chercher à en pénétrer la signification profonde.

Discussion : MM. Rist, Troisier, Courcoux, Lesné.

Action de l'oxyquinoléine sulfurique sur des métastases de cancer thyroïdien. — M. Loeper. — Certains extraits de goudrons de houille sont des antiseptiques, des anthelminthiques, des antiparasitaires depuis longtemps connus. On connaît moins communément leur action analgésique et sédative, en particulier dans les douleurs des néoplasies. En raison de leur tonicité, l'auteur a employé certains de leur esters en perfusion veineuse lente dans du sérum salé ou glucosé. Les résultats ont été bons. En plus de l'action générale et fonctionnelle, il a noté dans les cancers thyroïdiens des modifications cliniques qui impliquent une sorte d'action hormonale.

Peut-être y a-t-il pour chaque variété néoplasique une médication spécialement indiquée où cette action quasi hormonale pourrait être utilisée.

Etude du développement psychomoteur du premier âge. Adaptation de tests à la population parisienne. — Mlle Lezine. (Présentation par M. Loeper.)

La tuberculose extra-pulmonaire des anciens pleurétiques. — M. Brelet. (Présentation par M. Lereboullet.) — Sur 600 malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse, 51 ont présenté au cours des années suivantes une localisation tuberculeuse extra-pulmonaire ; souvent tuberculose génito-urinaire, plus souvent encore une tuberculose ostéo-articulaire ; le mal de Pott est assez fréquemment observé.

Quelques nouveaux éléments et enseignements de la cuti-réaction à la tuberculine en milieu campagnard. — M. Durand. (Présentation par M. Carnot.)

Pouvoir antigénique du bacille typhique irradié. — MM. Olivier, Tétard et Blanchon. — L'irradiation par les radiations totales du Radon des germes du groupe typhoparatyphique n'altère pas leur pouvoir anti-

génique ; le sérum des sujets préparés avec le vaccin irradié est au moins égal sinon supérieur à celui des sérums préparés avec le vaccin chauffé ; les agglutinines persistent plus longtemps qu'après préparation avec le vaccin chauffé.

SÉANCE DU 13 JUIN 1944.

Rapports au sujet des teintures alcooliques. — M. FABRE. — 2° Au **sujet des eaux minérales-médicaments.** — M. FABRE. — Sur la proposition de la Commission des Eaux minérales il est décidé que doit être « considérée comme un médicament toute eau minérale naturelle présentée en bouteille lorsque cette eau possède des propriétés thérapeutiques nécessitant pour son administration une surveillance médicale.

» La liste de ces eaux minérales sera établie par l'Académie de Médecine ».

L'indice chronologique vestibulaire dans les carences alimentaires et d'anorexie mentale. — MM. BOURGUIGNON et G. LAROCHE. — Les carences alimentaires s'accompagnent d'une augmentation des indices qui est parallèle à la perte de poids et permet une appréciation clinique et évolutive. Augmentation toujours moindre chez la femme que chez l'homme et sans relation nette avec le taux de l'azote résiduel et ses albumines du sang.

Dans l'anorexie mentale l'indice est diminué corrélativement avec la gravité de l'atteinte mentale.

Ces variations, inverses de celles qu'a observées Mouriquand dans les carences vitaminées, sont donc en relation avec le déséquilibre alimentaire auquel s'adjoignent les soucis et les autres difficultés actuelles.

Antigènes bactériens, haptènes et mécanisme de la formation des anticorps. — MM. BOIVIN et DELAUNAY. — L'anticorps O possède un pouvoir opsonisant a une action spécifique. L'antigène bactérien qui le fait apparaître doit généralement sa spécificité à un constitutant polysaccharidique peu ou pas antigénique à l'état libre, sans doute à cause d'une faible dimension moléculaire qui rend sa capture malaisée ou impossible par le tissu réticuloendothélial.

On peut penser qu'à la surface des corps bactériens le polysaccharide est uni assez lâchement à des phospholipides ou à des polypeptides et se libère en complexes toxiques ou antigéniques sous l'action de l'autolyse ou de réactifs doux.

Il n'y aurait donc plus de naphtènes et antigènes distincts ni de structure chimique spéciale mais une fonction antigénique s'exerçant moyennant certaines conditions qui permettent la capture du « gabarit » polysaccharidique spécifique par les cellules formatrices d'antigènes.

La formation de substances cancérigènes dans l'organisme humain. Action cancérigène de l'insaponifiable du foie de sujets cancéreux. — MM. SANNIÉ, TRUHAUT et GUÉRIN (présenté par M. ROUSSY). — L'injection sous-cutanée à la souris des fractions insaponifiables de foies de sujets cancéreux provoque l'apparition de sarcomes; les mêmes préparations provenant de sujets normaux ne donnent pas de tumeurs. Faits qui viennent appuyer l'hypothèse déjà formulée par les auteurs et envisageant la formation du cancer grâce à la présence dans l'organisme de substances douées d'action cancérigène (Institut du Cancer).

Contribution à l'étiologie des accidents de dentition. — M. HERPIN. — De tels accidents sont dus à un déséquilibre entre les diverses parties du système masticateur, système en cours d'évolution et dont les parties ont frappé à des degrés qui varient avec leur activité propre. Il y a discordance entre la longueur des maxillaires et le volume des dents dont l'éruption doit réaliser une véritable effraction. Les accidents de dentition sont donc des accidents d'évolution.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 17 MAI 1944.

A propos des incidents mortels dus à l'injection de scopolamine ou de scopolamine-morphine. — M. KUSS, M. DESPLAS.

A propos de la gastrectomie d'urgence pour ulcère perforé. — M. HUET.

L'implantation duodéno-jéjunale. — M. BERGERET a eu dans les stases duodénales de mauvais résultats par les anastomoses duodéno-jéjunales latéro-latérales. Il préfère donc avoir recours à une implantation duodéno-jéjunale termino-latérale qui assure une évacuation beaucoup plus satisfaisante. Sur cinq cas, quatre résultats parfaits et un bon.

M. J. QUÉNU a fait 240 opérations type Duval d'anastomose duodéno-jéjunale. Les résultats sont des plus variables mais rarement acquis d'emblée.

Calcification de la surrénale. — MM. BERGERET et VARAY ont enlevé chez un malade atteint de troubles dyspeptiques une concrétion de la surrénale. Cette calcification se rencontre dans la maladie d'Addison; les auteurs en discutent l'origine : calcification de tumeurs aberrantes incluses dans la surrénale, calcification chez l'enfant, etc. M. MIALARET a enlevé une calcification de toute la surrénale chez une jeune fille de 28 ans. Guérison depuis 6 ans.

Etude de la sensibilité du nerf sciatique au cours des phénomènes de shock. — M. SUIRE. (M. GOSSET rapporteur). — Le pincement, la section du nerf sciatique n'amènent chez l'animal aucune modification de la tension artérielle.

M. LERICHE insiste sur les variabilités individuelles ; il vaut tout de même mieux prévenir cette éventualité par la novocaïnisation préalable du nerf.

Action de l'auto-hémothérapie dans les thrombose veineuses post-opératoires. — M. HUSSENSTEIN a vu avorter des phlébites débutantes sous l'influence de ce traitement.

M. J. GOSSET discute le rôle du système nerveux périveineux.

M. AMELINE a observé, malgré l'emploi de l'autohémothérapie post-opératoire, quelques cas de phlébite.

M. MONDOR a fait des phlébectomies précoces. Le phlébogramme est sans danger et permet de préciser le siège de la thrombose.

SÉANCE DU 24 MAI 1944.

A propos du traitement chirurgical des phlébites post-opératoires. — MM. M. MONDOR et C. OLIVIER ont fait des phlébectomies dans sept cas ; l'évolution a été favorable dans quelques observations.

De la diminution de la sensibilité viscérale à la suite d'une splanchnectomie ; à propos d'un cas d'appendicite aiguë à symptômes frustes chez un malade antérieurement splanchnectomisé. — MM. DUPONT et M. LEBEL.

Résultats immédiats et éloignés de quatre-vingt-dix-sept résections du sein pour cancer. — M. HARTMANN montre que certaines résections limitées restent guéries à longue échéance. D'autre part une période de latence souvent considérable peut suivre l'opération jusqu'au réveil brusque et l'apparition de métastases.

La pratique de l'aspiration duodénale continue. — Règles et fautes dans la technique. — Diversité, limites erreurs dans les indications. — MM. BROCQ et EUDEL insistent sur les difficultés que l'on peut rencontrer pour faire pénétrer la soudë dans le duodénum et la nécessité d'utiliser le contrôle radioscopique pour vérifier son siège. Il faut laisser la sonde un temps suffisant, au moins jusqu'au rétablissement fonctionnel normal du transit intestinal.

Duodéno-jéjunostomie pour rétrécissement congénital du duodénum chez un nourrisson de 3 semaines. — Guérison. — M. Drain. Rapport de M. Boppe.

SÉANCE DU 31 MAI 1944.

Duodéno-pancreatectomie céphalique pour cancer de la tête du pancréas. — M. ALAIN MOUCHET apporte le vingt-septième cas de cette intervention exceptionnelle qui techniquement paraît presque toujours réalisable. L'auteur discute les indications dans lesquelles on peut être amené à envisager cette intervention radicale.

M. BERGERET a fait quatre fois cette intervention pour laquelle il a suivi une technique un peu différente. Une malade a survécu un an à l'opération.

Un signe clinique de perforation d'ulcus. — M. BRETON. Rapport de M. Moulouguet.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 5 MAI 1944.

Deux cas d'anurie traités et guéris par des injections intra-veineuses de novocaïne. — M. HILLEMAND, Mlle MONTALAND, MM. BARRÉ, LE GOUARAND et DE TROMELAY.

Agénésie artérielle de la première côte ; douleurs plexiques rebelles pendant six ans ; résection de la côte anormale et guérison. — MM. LERICHE et DE SÈZE.

Algies essentielles et neurogliomes radiculaires, à propos de deux cas de névralgie crurale. — MM. DE SÈZE et GUILLAUME.

Rectite proliférante avec diarrhée profuse ; forme symptomatique d'une pellagre. — MM. CHIRAY, GIRAUD, CHARLIN et SIMKOW. Il s'est agi, chez un malade dans un état désespéré, d'une diarrhée profuse avec rectite proliférante, traitée par la vitamine P P aux doses journalières intensives de 1 gr. par jour et qui guérit en moins d'un mois.

Cécité par névrite optique survenue chez un monophtalme au cours d'une leptospirose ictéro-hémorragique. — MM. CH. RICHET, J. VOISIN, LESUEUR et ARDOUIN.

Les modifications de la perméabilité capillaire et leurs conséquences : rôle des vitamines P. — MM. MARCHAS et LAROLLAY.

Résultats éloignés des implantations sous-cutanées d'acétate de oxy-corticostérone dans un cas de maladie d'Addison. — MM. GODRAT, DOAT et VALDIGUIÉ. Maladie d'Addison traitée par six implantations sous-cutanées successives de corticostérone. La qualité de l'amélioration clinique fut excellente, mais le syndrome humoral n'a pas subi de modifications durables.

Guérison d'une néphrose lipoïdique associée d'emblée à une néphrite chez un jeune homme de dix-neuf ans. — MM. ALBEAUX, FERNET et LAUPAT. Observations d'une néphrose lipoïdique associée à une néphrite qui guérit après quinze mois d'évolution. Les auteurs ont fait une étude biologique de ce cas et insistent sur la notion de la dose efficace d'extrait thyroïdien dans la conduite du traitement.

SÉANCE DU 12 MAI 1944.

Aleucémie hémorrhagique aiguë chez un enfant ayant subi un traitement par le radium. — MM. LANGEVIN (du Mans) et MARCHANDISE (d'Alençon). Apparition chez un enfant de trois ans, porteur d'un angiome thoracique, d'un syndrome hémorrhagique fébrile après six applications de radium. Evolution mortelle en cinq jours. Sans doute, existait-il un syndrome anémique préexistant ou une tare hématique inconnue ?

Eruption de taches d'Oster consécutive à une injection intra-splénique de vaccin antistrepto-entéro-staphylococcique chez une femme atteinte d'endocardite maligne lente. — MM. DEBRAY, Mlle PROVENDIER, KOUPERNIK et HAQUIN.

Forme kystique d'un cancer pulmonaire. — MM. Bariety, Cord et Monod. Dans une pleurésie à répétition avec atelectasie pulmonaire accentuée, le lipiodol injecta une vaste cavité d'apparence kystique qui était un cancer pulmonaire.

Note sur le dosage de la phosphatasémie dans le diagnostic des ictères chroniques. — MM. Langeron, Paget et Danes (Lille). Résultats des dosages dans onze cas d'ictères chroniques. L'élévation de la phosphatasémie fréquente ne permet pas de conclusions fermes; le métabolisme de phosphatases peut être troublé dans le sens d'une accumulation sanguine.

Primo infection tuberculeuse consécutive à une piqûre anatomique. — MM. Bariéty, Lesobre et Bretin. Observation d'un externe des hôpitaux blessé à l'auriculaire gauche au cours de l'autopsie d'un tuberculeux. Apparition dix-sept jours plus tard d'une adénopathie epitrochléenne et axillaire qui ne disparut qu'un an plus tard.

Hypertension artérielle. Rein poly-kystique. Ponctions bilatérales des kystes. Abaissement tensionnel et amélioration fonctionnelle. — MM. Langeron et Lepoutre (Lille). Malade avec hypertension artérielle évoquant un syndrome cortico-surrénal, indice d'un rein poly-kystique qui fut ponctionné des deux côtés. Disparition des symptômes fonctionnels et abaissement de la tension artérielle.

A propos des lésions myocardiques dans l'aortite syphilitique. — A. — MM. Lenègre et Blanchon. Les auteurs donnent la description des atypies électro-radiographiques qu'on peut observer dans plus de 60 % des cas d'aortite syphilitique.

B. — MM. Lenègre et Hazim. Les lésions myocardiques sont évidentes dans l'aortite syphilitique. Les auteurs font jouer un grand rôle à l'irritation prolongée de nombreux filets et plexus nerveux qui engainent l'origine de l'aorte au contact immédiat des lésions inflammatoires periaortiques.

Séance du 19 Mai 1944

Compression de l'hypothalamus extériorisée par des gastrorrhagies pseudo-ulcéreuses et par une hypertension artérielle avec néphrite. — MM. Cachera, Rubens-Duval et Scherrer. — Cette observation peut éclairer le problème des lésions viscérales d'origine nerveuse centrale. On y voit éclore comme un phénomène clinique spontané et chronique des accidents qui sont presque toujours provoqués et aigus.

Etude clinique et anatomique d'un nouveau cas d'artérite non sénile d'origine inconnue. — MM. Léchelle et Capron. — Observation d'artérite oblitérante des membres inférieurs chez un homme de 43 ans indemne de syphilis et de diabète. A l'examen de l'artère poplitée après amputation, on constata une endartérite proliférante isolée avec intégrité de toutes les autres tuniques du vaisseau ainsi que des veines voisines.

Le syndrome pseudo-basedowien de la puberté. — M. Robert Clément. — A la puberté, presque toujours chez les filles, on observe des signes qui peuvent en imposer pour une maladie de Basedow. Ce syndrome disparaît quand les signes physiques et physiologiques de la puberté sont au complet et il paraît dû à un déséquilibre neuro-endocrinien dans lequel l'hypophyse joue le rôle principal.

Un cas d'abcès ascaridien du foie chez un nourrisson. — MM. Marcel Lelong, Lavier et Joseph. — Cas d'un nourrisson de 2 ans atteint de pleurésie séro-purulente de la base droite avec gros foie. A l'autopsie, volumineux abcès aréolaire fistulisé dans la plèvre et le poumon. Importance histologique de la réaction conjonctive, presque cirrhotique.

Anthrax de la lèvre supérieure avec traînée lymphangitique indurée de la joue, traitée et guérie par des injections locales de penicilline. — MM. R. Martin, B. Sureau et Vittoz. — Le traitement par infiltrations locales amena la guérison en quatre jours. Les auteurs conseillent d'ajouter à la pénicilline 2 % de novocaïne et d'y joindre un traitement général sulfamidé.

Staphylococcie de la face à point de départ nasal traitée et guérie par des injections locales de pénicilline associées à un traitement sulfamidé. — MM. R. Martin et Reboul insistent sur la résorption des collections locales qui se fait sans suppuration et aboutit à une guérison complète très rapide sans cicatrice.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

2 juin. — M. Darsy. Des perspectives de la vitaminothérapie D/2, particulièrement dans les affections tuberculeuses.

M. Clément. Les diarrhées chroniques. Essai de classification et de traitement.

5 Juin. — M. Jost. — Principe de dosage électro-statique des aérosols. Applications à la thérapeutique transpulmonaire.

M. Hideux. — A propos d'un cas de cancer de l'estomac encore localisé à la muqueuse.

M. Ruben. — Les causes d'erreurs des numérations hématologiques.

M. Tassel. — Contribution à l'étude radiologique du larynx normal.

M. Wilmet. — La périgalactophorite fibreuse de l'homme.

M. Le Coniac. — Du mégarectosigmoïde.

M. Le Milon. — Le retentissement rénal des calculs de l'uretère.

M. Pradel. — Contribution à l'étude pathogénique des diverticules vésicaux, spécialement dans la maladie du col.

6 Juin. — M. Bourdon. — Peau, phanères et glandes endocrines.

M. Dirand. — Fibrosarcome de Danci-Ferrand.

M. Ducep. — Sur deux cas d'infantilisme lépreux.

M. Duvelle. — Contribution au traitement des dermatoses suppurées spécialement staphylococciques par un dérivé sulfamidé nouveau.

M. Le Sourd (Maurice). — Lupus erythémateux exanthématique et dermatoses connexes.

M. Schat. — A propos d'un cas d'angiome étendu du pavillon de l'oreille.

M. Le Cain. — De l'entéro-anastomose à minima.

M. Passeleau. — Un cas d'amnésie réactionnelle, complication tardive d'une hystérosalpingographie.

M. Mottron. — Rabelais et la vérole.

Mme Boileau. — Hémorragies ulcéreuses graves traitées par la gastrectomie.

M. Huérou-Kerizel. — Diverticules de la vessie et leur traitement.

7 Juin. — M. Burnel. — Contribution à l'étude comparative des traitements de choc en psychiatrie.

M. Durand. — L'alopécie frontale des adolescents et la calvitie précoce et sénile.

M. Delouche. — Le rôle du traumatisme dans le développement des tumeurs osseuses.

M. Faure. — Les ostéotomies dans le traitement des pseudarthroses du col.

M. Bourhis. — Les endocardites pneumococciques.

M. Laubry. — Sur la péricardite constrictive.

M. Brillat. — Etude sur les pneumococcémies.

M. Montenat. — Ulcères de la face postérieure de l'estomac.

M. Pistre. — Etude d'un cas d'azotémie intermittente contemporaine d'accès d'asthme.

M. Violette. — De l'aménorrhée primitive.

M. Baudry. — Sur un cas de méningo-encéphalite post-traumatique à méningocoques consécutive à une fracture de vertèbre.

M. Ollivier. — De la recherche méthodique de l'allergie tuberculeuse dans un service de pédiatrie.

M. Campagnie. — La recherche de la paternité par la méthode des groupes sanguins.

M. Goutner. — Trois ans parmi les prisonniers français d'un camp poméranien.

M. Jacquelet. — Evolution de nos connaissances sur la mort par inhibition.

THESES VETERINAIRES

10 Mai. — M. Velu. Le pH de la peau et des plaies. Déductions cliniques.

M. Quentin. L'hexaméthylène-tétramine dans l'hémoglobinurie et les coliques du cheval.

M. Habert. Un procédé d'hysterectomie chez la truie.

M. Decamp. De la tuberculose osseuse en inspection des viandes.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS

Ce sont essentiellement des complications d'avortements criminels.

Elles sont toujours des complications graves qui relèvent souvent de la chirurgie d'urgence.

I. — Complications relevant des manœuvres abortives elles-mêmes.

Certaines complications, à vrai dire rares, relèvent des manœuvres abortives elles-mêmes.

1° Mort subite : par embolie gazeuse, par réflexe ;

2° Tétanos : il est mortel en quelques jours quel que soit le traitement appliqué : chirurgical (hystérectomie abdominale ou vaginale, curettage) ou sérothérapique. Les cas exceptionnels de guérison signalés se rapportent à des cas à évolution lente ;

3° Perforation : pouvant donner un tableau d'hémorragie profuse ou plus souvent de péritonite. Pouvant se compliquer de blessure : d'une anse intestinale de l'épiploon de la vessie, souvent le diagnostic est difficile au début, indiquant une laparotomie exploratrice. Dans certains cas, la perforation est découverte par le curettage.

Elle siège le plus souvent près d'une corne utérine.

On tentera toujours une suture utérine. Mais bien souvent l'hystérectomie s'impose ;

4° Les complications peuvent encore succéder à l'injection d'un liquide caustique ; surtout l'injection de savon donnant : tantôt une gangrène utérine, tantôt un infarctus utérin se traduisant par un syndrome de collapsus brutal : à l'examen, l'utérus est gros ; ce tableau peu aboutir à une hépato-néphrite mortelle;

5° Les complications peuvent être liées à l'ingestion : d'apiol, pouvant être à l'origine d'une polynévrite mortelle ; de mercure, pouvant donner une néphrite suraiguë.

II. — Complications communes à tous les avortements.

En fait, les complications sont essentiellement de deux ordres : hémorragies, infection.

1° Hémorragies : complications les plus fréquentes. Phénomène banal survenant au cours de tout avortement, dans certains cas l'hémorragie devient redoutable par son abondance même.

En clinique : il s'agit d'une malade amenée d'urgence pour une hémorragie abondante.

S.G. : Pâle, dyspnéique, le pouls rapide, petit, la T. A. basse.

S. F. : L'hémorragie ne fait pas de doute : de la vulve s'écoule en abondance : du sang, des caillots, mêlés de débris placentaires.

Il faut interroger la malade pour préciser : la date des dernières règles normales, la date de la fausse-couche ; essayer de préciser la nature des débris expulsés, essayer si possible de préciser les manœuvres abortives.

S.L. Au toucher vaginal, la fausse-couche ne fait pas de doute : le col est mou, entr'ouvert, le corps est gros; il faut chercher les signes d'infection, prendre la température.

Si l'hémorragie est importante, d'urgence il faut : évacuer l'utérus au besoin après dilatation du col aux bougies ; le plus possible l'évacuer par curage digital ; faire du sérum, des toni-cardiaques ; mettre de la glace sur le ventre ; administrer des sulfamides.

En général, l'évolution est favorable.

Formes cliniques : Cette hémorragie peut revêtir des aspects un peu différents : hémorragie très abondante, indiquant la transfusion ; hémorragie survenant chez une malade ayant un utérus fibromateux : le curettage est alors très dangereux.

Infection : C'est la complication la plus redoutable.

A) *Infection locale :*

Dans certains cas, l'infection reste locale. Annoncée au cours d'un avortement par de la fièvre à 38°-38°5, seul l'examen en précise le siège :

a) Parfois simple endométrite :

S.F. Se traduisant par des pertes fétides.

S.L. Le col est entr'ouvert, le corps est gros et sensible.

Signes qui indiquent le traitement par : la glace, les sulfamides, la dilatation par un faisceau de laminaires laissées peu de temps en place ; l'évolution est en général favorable.

b) Beaucoup moins souvent : abcès utérin, culs-de-sac souples, corps un peu gros surtout atrocement douloureux en un point précis, cet abcès utérin impose souvent une hystérectomie sinon l'ouverture dans le péritoine est redoutable.

B) *Infection régionale*

a) Tantôt *salpingovarite.*

Le toucher vaginal découvre une grosse masse très douloureuse, unilatérale le plus souvent. Certes, par la sulfamidothérapie, la vaccination, l'évolution peut se faire vers la résolution.

Mais souvent l'évolution se fait vers l'aggravation : la température devient oscillante, on sent au toucher vaginal une masse annexielle qui devient atrocement douloureuse; l'intervention s'impose: castration unilatérale en général.

b) Tantôt *phlegmon du ligament large.*

Au toucher vaginal on sent un empâtement très douloureux, à prédominance unilatérale, plus ou moins diffus.

Par le traitement l'évolution se fait en général vers la collection qu'il faudra évacuer : tantôt collection basse : à évacuer par colpotomie ; tantôt collection haute qu'il faut évacuer par incision au-dessus de l'arcade crurale.

c) Bien souvent d'ailleurs, l'évolution est encore plus grave : l'état général profondément atteint ; le facies gris terreux ; la T° oscillante ; les frissons donnent un tableau d'infection sévère que l'examen précise.

Tantôt il s'agit de pelvi-péritonite que dénoncent: la défense; la douleur hypogastrique ; au toucher vaginal : la douleur très vive à tout essai de mobilisation utérine.

Tantôt l'infection est encore plus diffuse; il s'agit de péritonite, soit péritonite par propagation, soit péritonite en deux temps par rupture d'un abcès ou d'un pyosalpinx.

C) Là, bien souvent, le diagnostic est évident car, joint au syndrome infectieux, on trouve le signe majeur de la péritonite: la contracture; l'abdomen est immobile, ne respire pas ; le palper retrouve la contracture douloureuse permanente indépressible.

C'est une péritonite dont le pronostic, malgré l'intervention, est très grave. Parfois le tableau est beaucoup plus fruste, surtout chez des femmes qui ont eu des hémorragies abondantes. Or le diagnostic doit être porté, car il impose une intervention urgente.

D) Dans d'autres cas l'infection réalise une complication plus spéciale: la phlébite pelvienne annoncée par de l'œdème d'une grande lèvre, de la dysurie, l'accélération progressive du pouls : pouls grimpant, mais bien souvent c'est une embolie qui la dénonce.

Cette phlébite peut s'étendre aux membres inférieurs, mais c'est surtout une phlébite emboligène ; les embolies graves en elles-mêmes le seront encore du fait qu'elles seront l'origine d'autant de foyers de suppuration.

E) Cette phlébite d'ailleurs n'est souvent qu'un élément noyé dans le tableau de septicémie.

Se traduisant par de grands accès fébriles avec frissons intenses, sautes brusques de T°, la prostration, l'adynamie, tout ici indique la gravité du pronostic.

Au cours de cette septicémie, bien souvent on ne trouve aucun signe d'infection locale.

L'hémoculture affirme le diagnostic et précise le germe en cause : streptocoque le plus souvent.

Malgré la sulfamidothérapie, l'hystérectomie vaginale, bientôt apparaissent des souffles piaulant d'endocardite végétante, des embolies multiples qui sont autant de nouveaux foyers infectieux. L'évolution est rapidement mortelle.

Il faut insister sur un type un peu spécial de septicémie : la septicémie *a perfringens* réalisant une hépato-néphrite mortelle dont : l'ictère pâle, l'hémoglobinurie, l'anémie sont les principaux éléments.

Il faut encore faire une large place aux *complications tardives : hémorragies* : essentiellement dues à une rétention placentaire, l'hystérographie en dehors des périodes hémorragiques en précise le siège ; le curettage apportera la guérison. Elles peuvent être dues aussi à un chorio-épithéliome. Certes c'est surtout là une complication de la môle hydatique, le chorio-épithéliome peut aussi succéder à un avortement banal. L'utérus gros et mou, les hémorragies, et surtout le taux élevé d'hormones gonadotropes, sont autant de signes dénonciateurs. L'hystérectomie s'impose d'urgence.

— *Infection chronique* endométrite salpingo-ovarite.

— *Stérilité* enfin qui n'est pas la moindre des complications de l'avortement.

Alice Doumic.

INFORMATIONS

(Suite de la page 194.)

Assurance scolaire obligatoire. — Le *Journal Officiel* du 22 juin 1944 publie le décret n° 1653 du 10 juin 1944 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi n° 59 du 10 août 1943 relative à l'assurance scolaire obligatoire.

Les Journées Gynécologiques de Dax.

Ces journées qui se déroulèrent dans la pittoresque cité thermale le 29 et le 30 mai, constituèrent en quelque sorte le couronnement du cours de perfectionnement qui avait eu lieu à Bordeaux durant toute la semaine précédente.

Faisant, une fois de plus, la preuve de sa magnifique activité scientifique, le professeur Jeanneney, intelligemment secondé par le docteur I. Bernard, malgré les difficultés inhérentes à l'heure présente, sut grouper avec ses collègues bordelais et d'autres membres éminents des diverses Facultés françaises, un noyau intellectuel qui apporta à ces journées toute l'autorité de sa compétence.

Sous les présidences successives de MM. les professeurs Fontaine et Jeanneney, de M. le doyen Mauriac, de M. le professeur Delmas-Marsalet, de nombreux orateurs particulièrement qualifiés épuisèrent, dans la salle de l'Atrium, le programme chargé de diverses communications relatives aux grandes questions de la gynécologie moderne.

L'accueil réservé aux Congressistes par la ville de Dax et la Société fermière fut pour beaucoup dans le brillant succès de ces journées. Le lundi, à 13 heures, un déjeuner réunissait autour de la même table les notabilités de la ville de Dax et les congressistes. Dans une atmosphère de courtoise sympathie, des allocutions brillantes d'une haute portée scientifique et morale, exprimèrent combien le but recherché par de telles réunions s'accordait avec le désir de chacun de voir l'activité intellectuelle de notre pays ne le céder en rien à celle des autres pays.

Il reste à souhaiter que d'autres manifestations analogues puissent se répéter dans un avenir prochain ; elles constituent le meilleur témoignage du désir qu'a l'Université de Bordeaux d'occuper une place de choix parmi les Universités françaises.

Médaille du professeur H.-L. Rocher (de Bordeaux).

Un comité d'organisation vient de se constituer sous la présidence de M. le professeur Jeanneney, pour la remise par ses élèves et ses amis d'une médaille à M. le professeur H.-L. Rocher.

Le prix de la souscription a été fixé à deux cents francs (200) minimum, donnant droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser la correspondance et les souscriptions au secrétaire général, M. le professeur agrégé Pouyanne, 64, cours de Verdun, Bordeaux, compte chèque postal : Bordeaux 492-63.

Hommage au Professeur C. Levaditi. — A l'occasion de la commémoration du 25e anniversaire en mai 1945, de la découverte de la bismuthothérapie, les amis, les collaborateurs, les élèves et les admirateurs du Professeur C. Levaditi ont projeté de lui offrir une médaille en hommage de son activité scientifique et de sa contribution à la cure de la syphilis. L'exécution de cette médaille a été confiée au graveur Lavrillier

Une souscription de 200 francs, au minimum, donnera droit à un exemplaire de la médaille en bronze.

Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, Trésorier, 120, *boulevard Saint-Germain, Paris-6e (Compte C. P.* 599 *Paris)*.

La Fondation : « Sanatorium des étudiants » a ouvert dans les locaux du Service médical de la Cité Universitaire de Paris, une section de pré-cure (hospitalisation et soins immédiats avant l'envoi au sanatorium) ; elle est gérée par la Maison Universitaire de post-cure de Paris ; on annonce en outre l'ouvertnre de deux sanatoriums annexes réservés aux étudiants, l'un au *Château des Tilleroyes* (géré par le Sanatorinm départemental du Doubs), l'antre à Cormaranche (Ain) (géré par le Sanatorium de la Croix-Rouge Française d'Angeville).

Les admissions au Sanatorium de Saint-Hilaire du Touvet, dans les Maisons de post-cure et les nouveaux établissements ci-dessus, sont centralisées par le *Service des envois en cure*, 49, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

Le Conseil d'Administration de la Fondation a désigné, à titre temporaire et pour la durée de la guerre, le docteur Douady comme directeur général des Etablissements de cure et le docteur Ladanchet comme médecin directeur du Sanatorium des Etudiants de Saint-Hilaire du Touvet.

Naissance.

Le docteur Maurice Le Sourd, interne des hôpitaux de Paris, et Mme Maurice Le Sourd, née Lahouret, sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils, Antoine. Paris, 16, rue de l'Arcade (8e), le 21 juin 1944.

Nécrologie.

Le docteur Valéry Delamare, ancien interne des hôpitaux ds Paris. Il était l'auteur, avec le regretté Marcel Garnier, d'un remarquable dictionnaire des termes techniquss de médecine qui est aujourd'hui classique.

Nous adressons à son fils, le docteur J. Delamare, l'expression de notre sincère sympathie.

— Ls docteur Absl Watelet, ancien secrétaire général de la F.E.M. et de l'Association générale des Médecins de France, décédé à Paris.

— Le docteur Germès, médecin consultant à Luchon et maire de cette ville depuis 25 ans.

— Le docteur Chevalier, de Bordeaux.

Dépôt légal 1944 : 3e trimestre. N° 1. — Le Gérant: F. Le Sourd. 7-1944. Imp. de Montsouris. Paris C. O. L. 31.1113. Dépôt légal : 3e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

N° 14. — 15 JUILLET 1944 | 117e ANNEE | Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-46*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours de médecin des Hôpitaux (3 places). — Sont nommés : MM. les docteurs Grossiord, Bolgert, Domart.

2e et 3e concours de chirurgie des hôpitaux (1 pl.). — MM. Lucien Léger et J.-L. Lortat-Jacob ont été nommés.

Concours de l'internat en médecine. — Le concours pour la nomination aux places vacantes le 15 avril 1945 aura lieu le jeudi 12 octobre 1944, à 9 heures, à la Salle Wagram, 39, avenue de Wagram. Se faire inscrire à l'Administration Centrale (3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé), tous les jours, les samedis et dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le mardi 5 septembre jusqu'au lundi 18 septembre 1944 inclusivement.

Sont seuls admis à concourir, à condition de ne pas tomber sous le coup de la loi du 2 juin 1941, portant statut des Juifs :

1° Les externes des hôpitaux de Paris justifiant d'une année révolue d'externat.

2° Les externes des hôpitaux de Paris reçus au concours de l'année précédente sous la réserve qu'ils justifieront au surplus du titre obtenu au concours d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de France possédant une Faculté de Médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire.

Les candidats ne sont inscrits que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externe depuis le 1er mai précédent.

2° Des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externes et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

3° Un certificat de scolarité délivré par la Faculté de Médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins.

Les candidats susceptibles de bénéficier de majorations pour services militaires seront invités à remplir un dossier qui leur sera remis au Bureau du Service de Santé, sur leur demande, lors de leur inscription.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre recommandée.

Les candidats de nationalité étrangère peuvent être autorisés à concourir à condition que leurs dossiers soient transmis par leurs légations respectives à l'Administration de l'Assistance publique par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangères avec son assentiment et qu'ils aient pris l'engagement d'honneur de ne pas s'installer en France ni dans ses colonies pour y exercer la médecine.

Hôpitaux de la région parisienne.

Concours de l'internat en médecine. — Oral. Séance du 23 juin. — Questions sorties : S et D de la méningite tuberculeuse de l'enfant. S et traitement de la fracture de Dupuytren.

Notes. — MM. Cauchois, 15 ; Mognetti, 25 ; Body, 19 ; Dionisi, 22 ; Malinas, 25 ; Foing, 19 ; Brisabois, 23 ; Lepront, 15 ; Julia, 26.

Séance du 26 juin. — Questions sorties : S et D de l'embolie pulmonaire. Cancer de l'œsophage.

Notes : MM. Postel, 23 ; Pépin, 15 ; Clin, 18 ; Mlle Renaudin, 22 ; MM. Dubray-Vautrin, 18 ; Dumée, 21 ; Laumonier, 25 ; Pelbois, 22 ; Barbet, 20 ; Chauderlot, 19.

Première séance du 28 juin 1944. — Questions sorties : Symptômes et évolution de la fièvre typhoïde régulière non compliquée. — S et D du mal de Pott dorso-lombaire.

Notes : MM. Feliciano, 14 ; Brument, 18 ; Laham, 21 ; Legros, 21 ; Mlle Le Lièvre, 24 ; MM. Gauliard, 19 ; Balmary, 19.

Deuxième séance du 28 juin 1944. — Questions sorties : S et D de la poliomyélite épidémique. — S et D des calculs du cholédoque.

Notes : MM. Palfer-Sollier, 18 ; Juret, 18 ; Grellet, 23 ; Naudin, 18 ; Roume, 22.

Liste par ordre de mérite des candidats reçus internes :

1. MM. Laumonier (72 p.), Dionisi (67 p.), Rontier (66 p.), Friedel (65 p.), Grellet (63 p.), Vaujour (62 p. 1/2), Mognetti (62 p.), Postel (61 p.), Brument (60 p.), Malinas (60 p.).

11. M. Roume (58 p.1/2); Mlle Le Lièvre (58 p.), MM. Chauderlot (58 p.), Hummel (58 p.), Haye (58 p.), Legros (58 p.), Dumée 56 p. 1/2), Meunier (56 p.), Pelbois (55 p. 1/2), Leménager (54 p.)

21. M. Flavigny (55 p. 1/2), Mlle Renaudin (53 p. 1/2), MM. Duché (53 p.), Laham (53 p.), Juret (53 p.), Gaulliard (52 p. 1/2), Feliciano (52 p.).

31. M. Clin (52 p.).

Externes en premier. — 1. MM. Brisabois (52 p.), Pépin (51 p. 1/2), Barbet (51 p.), Dubray-Vautrie (51 p.), Nalpas (50 p. 1/2).

Hôpitaux de province.

Lyon. — Concours de chirurgien des hôpitaux, M. Albert Trillat a été nommé.

Facultés de province.

Lyon. — M. Josserand, agrégé, est nommé à titre provisoire professeur de médecine expérimentale et bactériologie, en remplacement de M. Arloing, retraité.

— M. Gaté, professeur à la Faculté de médecine, est nommé membre du Conseil de l'Université.

Ministère de la Santé et de la Famille.

Citation à l'ordre de la Nation.

Le Gouvernement cite à l'ordre de la Nation :

M. le docteur Arthur Marissal, pour les motifs suivants : ancien médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux, puis médecin phtisiologue praticien, a toujours témoigné, tant dans ses fonctions officielles que dans l'exercice de sa profession, d'une rare élévation d'esprit, de la haute conception de ses devoirs, et s'était acquis à Montpellier, non seulement une brillante réputation professionnelle, mais encore l'estime et l'affection de ses malades et de tous ses confrères universitaires et praticiens. Père de cinq enfants. Est tombé le 4 mai, victime du devoir professionnel, sous les coups d'un agresseur qui s'était présenté à lui pour solliciter son intervention urgente auprès d'un malade.

Fait à Paris, le 2 juin 1944.

Le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille,
Raymond GRASSET.

Légion d'Honneur. — Est élevé au grade de Commandeur: M. le Docteur Turchini (Sébastien-Eugène), ancien directeur du service radiologique de l'hôpital de la Charité, de Paris; cinquante-neuf ans de services; radiologue éminent, ayant consacré sa vie avec une abnégation admirable à la science dont il est la victime. Déjà atteint de radiodermite a, sacrifiant définitivement sa santé et au mépris de ses souffrances, continué d'assurer ses fonctions. A dû subir successivement de graves mutilations, dont l'amputation des deux bras.

Est nommé à titre posthume au grade de Chevalier: M. le Docteur Riou (Pierre-Jean-Marie), chirurgien à l'hôpital de Nantes; a trouvé la mort à l'Hôtel-Dieu de Nantes au cours du bombardement du 16 septembre 1943, dans l'accomplissement de son devoir de médecin. Cité à l'ordre de la Nation le 13 mars 1944.

Décret n° 1428 du 31 mai 1944 portant création d'un Comité d'Organisation des Hôpitaux libres.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé un Comité d'Organisation des Hôpitaux libres.

ART. 2. — Sont considérés comme hôpitaux libres pour l'application du présent décret les établissements et formations médicales privées répondant aux conditions suivantes :

1° Poursuivre un but désintéressé ;

2° N'être pas réservé exclusivement à un groupement ou à une société ;

3° Avoir une activité partiellement gratuite et à tout le moins principalement orientée vers des soins peu onéreux ;

4° Avoir en propre : son règlement, ses administrateurs, ses médecins.

ART. 3. — Le Comité d'Organisation des Hôpitaux libres comprend :

Un comité de direction ; un conseil tripartite ; des groupes professionnels ; des services.

ART. 4. — .... etc.

(*J. O.* 4 juillet 1944, p. 1696.)

Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens dentistes, les conseils régionaux de l'ordre des médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région d'Angers. — MM. le docteur Gahinet, stomatologiste à Angers ; Billet, chirurgien-dentiste à Nantes ; Lemercier, chirurgien-dentiste à La Flèche ; Michel, chirurgien-dentiste à Tours.

Région de Châlons-sur-Marne. — MM. le docteur Kleinpeier, stomatologiste à Langres ; Carré, chirurgien-dentiste à Epernay ; Schweitzer, chirurgien-dentiste à Troyes ; Vouriot, chirurgien-dentiste à Nogent-en-Bessigny.

Région de Clermont-Ferrand. — MM. le docteur Fraudet, stomatologiste à Vichy ; Deleage, à Yssingeaux ; Lefort, à Clermont-Ferrand ; Tricot, à Aurillac.

Région de Lille. — MM. le docteur Wagon, stomatologiste à Amiens ; Gras, chirurgien-dentiste à Roubaix ; Portebois, chirurgien-dentiste à Lille ; Toulotte, chirurgien-dentiste à Lens.

Région de Paris. — MM. le docteur Beliard, stomatologiste à Paris ; Guilleux, chirurgien-dentiste à Meaux ; Pelletier-Dutemple, chirurgien-dentiste à Paris ; Picamal, chirurgien-dentiste à Enghien.

Région de Rennes. — MM. le docteur Schmitt, stomatologiste à Vannes ; Clorennec, chirurgien-dentiste à Quimper ; Duprez, chirurgien-dentiste à Saint-Brieux ; Louvet, chirurgien-dentiste à Saint-Malo. (*J. O.* 4 juillet 1944, p. 1697.)

Conseil régional de Paris. — Par arrêté du 28 juin 1944, les élections du conseil régional de Paris du 24 juin 1944 sont annulées et reportées à une date ultérieure qui sera fixée par arrêté.

(*J. O.* 4 juillet 1944, p. 1698.)

Diplôme d'Etat de sage-femme. — Un arrêté en date du 14 juin annonce que les programmes d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme peuvent être consultés à Paris, au ministère de la Santé, 7, rue de Tilsitt, et à Vichy, à l'hôtel Radio.

(*J. O.* 27 juin 1944.)

Inspection de la santé. — M. le docteur Pierre Blanchard a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Haute-Loire.

Médecins de l'Assistance domicile (8 places). — Ont été nommés : MM. Dubois, Bidou, Ogliastri, Cochard, Lambert, Mlle Clavel, MM. Pomès et Minet.

Nécrologie.

A. TRILLAT

Nous venons d'apprendre le décès de M. Auguste Trillat, décédé le 2 avril, à Carthage, (Tunisie).

Il était né à Pont-de-Beauvoisin, dans l'Isère, en 1861.

Trillat fit d'abord ses études universitaires en Allemagne. Il débuta ensuite dans l'industrie chimique qu'il dota de plusieurs corps nouveaux. Il trouva, en 1888, un procédé de préparation du formol, dont il découvrit en même temps les applications antiseptiques pour la désinfection, pour la conservation des pièces anatomiques, le durcissement des tissus et des matières albuminoïdes. L'ensemble de ces recherches l'amena à créer l'industrie de la caséine durcie, cependant qu'il obtenait les premières résines phénoliques.

La thérapeutique ne devait pas tarder à bénéficier de ses travaux, c'est ainsi qu'on lui doit la découverte des applications du dérivé ammoniacal du formol (urotropine).

Appelé en 1901 par Duclaux à l'Institut Pasteur pour organiser un cours d'analyse, il se consacra ensuite aux études épidémiologiques et élabora un vaste programme d'études sur le mécanisme si obscur de la contagion des maladies transmissibles par l'air. Il démontra par la suite l'influence des agents extérieurs (humidité, pression, radioactivité, etc.) sur l'évolution des microbes, et leurs relations avec la marche des épidémies, prenant comme exemple l'influenza de 1889. Trillat fit ressortir le rôle important des gouttelettes microbiennes nébulisées dont il étudia les propriétés physiques et biologiques et montra qu'elles pouvaient former des ambiances aériennes contagieuses ou immunisantes ou même anaphylactisantes. Il appliqua sa méthode à la vaccination par voie aérienne et fit ressortir l'intérêt de la médication en général par voie aérienne.

On sait combien les travaux de Trillat ont éclairé, tant au point de vue épidémiologique qu'au point de vue thérapeutique, la question des aérosols. Ses recherches sur la protection contre les gaz asphyxiants sont aussi très importantes. En 1939, il eut à en faire bénéficier la marine, comme il l'avait fait déjà en 14-18.

Outre ses travaux scientifiques on doit à Trillat des ouvrages sur l'Allemagne et sur l'œuvre de Balzac dont il fit ressortir le côté scientifique.

Trillat était docteur ès sciences, membre du Conseil d'hygiène de la Seine, dont il fut vice-président, conseiller technique de la marine et directeur du Laboratoire annexé des études de guerre. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Depuis 1937 enfin il faisait partie de l'Académie de Médecine dans la section des membres libres.

Médecins victimes des récents bombardements.

Les douloureux bombardements qui meurtrissent et ruinent les plus belles provinces de France ont fait, depuis un mois, de nombreuses victimes dans le corps médical. La plupart de nos confrères ont été frappés pendant qu'ils accomplissaient leur devoir professionnel. Ils sont tombés à l'hôpital ou au milieu des ruines de leurs laboratoires.

A LYON, l'une des premières victimes fut le professeur Rochaix, sous-directeur de l'Institut bactériologique, qui a été enseveli avec deux de ses collaborateurs, au moment de l'écroulement de toute une aile de l'Institut atteint par une bombe.

Le laboratoire du professeur Paul Courmont a été détruit et notre confrère lui-même n'a été préservé que par un hasard providentiel. Le dispensaire Jules Courmont a été également touché, mais en partie seulement.

Au milieu de tous les deuils qui ont frappé Lyon, il est réconfortant de voir nos confrères se remettre courageusement au travail et reprendre dans des conditions bien difficiles la préparation des vaccins et des sérums si nécessaires à une population particulièrement éprouvée.

A NIMES, c'est d'abord le docteur Bouniol, ophtalmologiste des hôpitaux, qui tombe dans son service. Ancien élève de Montpellier, il avait été quatre fois cité et deux fois blessé pendant la guerre 14-18. Il avait fait aux armées la guerre de 39-40.

Puis le docteur Jean Etienne, fils de M. le professeur E. Etienne (de Montpellier). Circonstance navrante, ce jeune confrère devait se marier quelques jours plus tard !

On signale encore la mort de trois internes titulaires ou suppléants, parmi lesquels une toute jeune fille. C'étaient les internes Jacques Deborde et Georges Perazzo (tous deux pupilles de la Nation et fils uniques de veuves). La jeune fille était Mlle Jeanne-Marie Pélissier, fille de notre confrère, le docteur André Pélissier (de Nîmes).

Le pavillon chirurgical Gaston Doumergue a été détruit ainsi que la clinique chirurgicale des franciscaines. Les malades et le personnel soignant ont été, eux aussi, lourdement éprouvés.

A ROUEN, le docteur Léonard, beau-frère du regretté Maurice Nicolle.

A CHAMPROSAY-DRAVEIL, le docteur Jean de Laguerenne, médecin-chef de la section féminine du sanatorium des cheminots.

A BÉTHUNE, le docteur Edmond Quénée, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital de Béthune.

Aux familles de nos confrères disparus, nous adressons l'expression émue de notre sympathie la plus profonde. F. L.

Les bombardements de Normandie ont fait également des victimes parmi les médecins, à Caen, notamment. Nous manquons de précisions et ne pouvons encore prononcer de noms.

ORDRE DES MEDECINS

Communication de la Préfecture de Police transmise par le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Le Préfet de Police rappelle aux médecins qu'ils sont tenus d'une façon très stricte de déclarer les cas de maladies contagieuses prévues par la loi, sur les cartes-lettres détachées des carnets à souches dont ils sont possesseurs.

(Ces carnets sont à leur disposition au Bureau d'Hygiène de la Préfecture de Police, 11, rue des Ursins, Paris-4e.)

Il est rappelé, d'autre part, que le feuillet B de ces cartes-lettres doit être remis par leurs soins à la famille ou à son représentant chargé de le remplir et de l'envoyer au Maire de l'arrondissement ou de la commune.

Conseil National de l'Ordre.

60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-VIIe

Mon cher confrère,

Pensez que demain vous pouvez être sinistré. Les deuils s'accumulent. Le malheur frappe à toutes les portes.

Chaque jour plus nombreuses nous parviennent des demandes de secours de médecins, de veuves chargées de famille, de familles nombreuses privées de leur soutien.

Certains départements à grosse densité médicale ont pu, par leurs propres moyens, pallier aux misères les plus criantes. D'autres, à densité moindre, ou trop pauvres, n'ont pu faire le même geste généreux.

Il importe de créer au sein du Conseil National une Caisse de compensation qui pourra compléter l'effort fait localement.

Aussi nous demandons à tous les médecins de France un versement de 200 francs minimum et plus si possible.

Nous vous prions de le faire parvenir d'urgence au Conseil National (Caisse de Secours), compte postal 874-34, Paris — et nous vous disons d'avance — pour tous ceux d'entre nous qui sont actuellement dans la détresse, — merci.

Devant la nécessité absolue de secourir nos confrères dans le malheur, nous nous permettons, ainsi qu'en a décidé le Conseil National, de vous envoyer un recouvrement de 200 fr. si nous n'avons rien reçu de vous d'ici un mois.

Je vous prie de croire, mon cher Confrère, à mes sentiments tout dévoués.

Le Régent financier,
Dr HOLLIER.

Communiqué.

Le Conseil National a décidé la création d'une carte professionnelle nationale d'identité.

Celle-ci, accompagnée de la carte d'identité officielle de l'Etat Français, peut permettre notamment — après entente avec les préfectures — de servir de coupe-file. Elle ne sera valable que si elle est revêtue du timbre de l'année en cours.

Les Conseils Départementaux ont reçu les instructions nécessaires à cet effet. Ils ne doivent remettre cette carte qu'aux médecins ayant acquitté leur cotisation.

Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins se permet, personnellement, de rappeler à ses confrères, qu'appelés auprès de malades ou de blessés ils n'ont d'autre mission à remplir que de leur donner leurs soins. Le respect dn secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse nous en dégager.

De sources diverses, le Conseil National a appris que la dichotomie recommençait à sévir avec assez de fréquence et sous des formes variées.

Ces pratiques sont inadmissibles et d'ailleurs formellement condamnées par l'article 23 du Code de Déontologie toujours en vigueur.

Elles le seront plus encore par le nouveau Code actuellement soumis à l'appréciation du Conseil d'Etat et qui aura force de loi.

Ceci est un dernier avis.

A propos de quelques localisations atypiques

D'ÉRYTHÈMES NOUEUX

DE SURINFECTION OU DE RÉINFECTION TUBERCULEUSES

par MM. Warembourg, Linquette, Herbaut

(de Lille).

L'érythème noueux fut longtemps conçu comme une manifestation d'allergie cutanée survenant au cours de la primo-infection. Qu'il apparaisse fréquemment en même temps qu'un virage à la positivité des réactions tuberculiniques de la peau, qu'il soit exceptionnel chez les tuberculeux pulmonaires, ce sont là des faits qui restent et qui appuient la conception de l'érythème noueux de primo-infection.

Mais les observations, depuis quelques années, se sont multipliées qui ont montré que cette affection survenant chez des sujets qui présentaient déjà des manifestations cliniquement évidentes de tuberculose, ou dont la tuberculisation antérieure avait été prouvée par la constatation de réactions cutanées dans les mois ou les années qui précèdent.

Il est possible de donner à ces érythèmes noueux le nom de « post-primaires », comme l'a fait Wallgren Arvid. D'ordinaire, leur localisation est celle des érythèmes noueux de primo-infection. Cependant, en quelques circonstances, il semble que la lésion tuberculeuse antérieure joue un rôle dans la détermination de leur topographie Nous allons en donner quelques exemples.

*
**

On peut tout d'abord voir les nodosités érythémateuses confluer autour de lésions tuberculeuses évolutives. Ainsi cite-t-on des érythèmes noueux au voisinage d'arthrites tuberculeuses des genoux chez les enfants : exemples peut-être peu démonstratifs, les sujets étant à un âge où l'on fait volontiers la primo-infection tuberculeuse et le siège de l'éruption étant très proche de la localisation habituelle.

Mais que l'érythème noueux apparaisse sur la paroi abdominale, c'est là une localisation tout à fait inhabituelle et si le malade était porteur d'une péritonite tuberculeuse, on ne peut nier que le siège de la lésion bacillaire a commandé la topographie de l'éruption. C'est une observation de ce type qui a été rapportée à la Société de Médecine du Nord du 26 février 1943 par Debenedetti et Linquette. Un malade de vingt-cinq ans avait fait, en octobre 1940, une pleurésie séro-fibrineuse droite et, en décembre, une pleurésie gauche. Il est réexaminé le 10 mars 1941 : il présente les séquelles cliniques et radiologiques de ses deux atteintes pleurales et une image de tuberculose micro-nodulaire des deux plages pulmonaires. On lui trouve surtout une péritonite tuberculeuse avec ascite, d'apparition très récente. La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Le 19 mars, en même temps qu'on note un clocher thermique à 39° apparaissent trois éléments d'érythème noueux sur la paroi abdominale ; le lendemain, on aperçoit deux autres nodosités au même endroit. La cuti-réaction à la tuberculine est nettement plus importante sur la peau du ventre qu'au niveau du bras. Le 10 avril 1941, le malade meurt.

*
**

Parfois l'érythème noueux est localisé au voisinage d'une ancienne lésion tuberculeuse.

P. Jacquet, J. Ferroir et R. Perrier ont rapporté, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, du 9 mai 1941, l'observation d'une femme de soixante-deux ans qui fit un érythème noueux avec, au début de l'éruption, virage de la cuti-réaction primitivement négative. A l'âge de trente ans, cette malade avait eu une tumeur blanche du genou fistulisée, puis ankylosée et guérie. Elle avait présenté, à quarante-cinq ans, une atteinte pulmonaire discrète dont il ne restait que des calcifications. Or, à soixante-deux ans, quand cette femme fit un érythème noueux, elle en localisa l'éruption autour de l'ancienne arthrite tuberculeuse du genou.

Le 26 novembre 1943, nous avons publié, à la Société de Médecine du Nord, une observation sensiblement identique. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans qui était venue à la consultation pour des douleurs du coude droit. A l'inspection de la région, on découvrait à ce niveau, sur la face postérieure de l'avant-bras, deux éléments typiques d'érythème noueux : là se bornait toute l'éruption. Or cette femme avait été soignée, huit ans auparavant, pour adénite bacillaire fistulisée dans la région épitrochléenne droite et on en apercevait encore la cicatrice vaguement chéloïde. Ajoutons que cette femme avait une cuti-réaction tuberculinique positive mais à apparition retardée du type de celles qui ont été décrites par Brodin et Fourestier.

*
**

Une première question se pose : ces érythèmes noueux sont-ils tuberculeux et, dans ce cas, quelle place tiennent-ils dans l'évolution de la bacillose ?

Manifestation d'allergie cutanée somme toute assez banale, l'érythème noueux peut survenir, à la vérité rarement, en dehors de l'infection ou de la maladie tuberculeuse. Que l'éruption apparaisse chez un ancien bacillaire, voire même chez un tuberculeux en évolution, cela n'impose pas absolument l'étiologie. Pour ne citer que quelques exemples, sur cinq observations de Morgensen, on relève trois cas où des affections aiguës ont pu modifier l'allergie ; l'érythème polymorphe, rapporté par Benda et Statlender (1939) et consécutif à une section de brides pleurales chez un tuberculeux pulmonaire, peut être dû certes à la tuberculose, mais aussi à une pneumo-coccémie transitoire. De même dans l'observation de Loubeyre (1938) où l'on voit l'érythème noueux apparaître chez un tuberculeux après un accès palustre, on ne sait ce qu'il faut incriminer, du paludisme ou de la tuberculose, à l'origine de l'éruption.

Dans les observations que nous avons rapportées, aucune autre étiologie que la tuberculose ne peut être invoquée.

A les relire, on s'aperçoit vite que la signification de l'érythème noueux en regard de l'évolution de la tuberculose n'est pas univoque.

Dans la première observation, l'éruption est apparue au cours d'une péritonite tuberculeuse. En règle générale, quand l'érythème noueux survient chez un tuberculeux « actif », il correspond à une poussée évolutive de la maladie, et parfois même à une bacillémie transitoire bactériologiquement constatée (observation de J. Arnaux, 1938). A cet égard, il faut signaler, avec Et. Bernard, Kreis, Mande (1938) que les tuberculoses séreuses s'accompagnent souvent de conditions de sensibilité et d'hyperergie particulières. L'érythème noueux se trouve donc alors lié à une hyperallergie : dont nous n'avons trouvé qu'une exception dans le cas de Vidal, Fourcade et Mme Lescure, où il apparut au cours d'une tuberculose évolutive chez un adulte paradoxalement en état d'anergie.

Entièrement différentes sont les circonstances qui ont présidé à l'apparition de l'érythème noueux chez la malade de Jacquet et de ses collaborateurs et chez la nôtre. Ici la tuberculose initiale était terminée depuis longtemps dans les deux cas, quand survint l'éruption. L'on peut admettre que la guérison des foyers articulaire ou ganglionnaire a été non seulement anatomique et locale, mais qu'elle a aussi comporté un retour du terrain biologique général à sa virginité primitive vis-à-vis du bacille de Koch : les récentes études de Saenz et Canetti sur la guérison de certaines tuberculoses pulmonaires sont en faveur de cette hypothèse. Et l'observation de Jacquet vient le confirmer d'une façon particulièrement éclatante qui montre que la négativité de la cuti-réaction à la tuberculine cesse dès l'éruption pour faire place à une vive allergie cutanée. Aussi peut-on parler ici d'une néo-infection tuberculeuse.

*
**

Que ces érythèmes noueux soient symptomatiques d'une surinfection hyperallergique ou d'une néo-infection, ils ont un caractère commun qui les différencie des érythèmes de primo-infection : c'est qu'ils apparaissent chez des sujets qui présentent des manifestations tuberculeuses éteintes ou en activité.

Or, nous avons vu que, dans quelques cas au moins, ces lésions bacillaires ont une influence manifeste sur la topographie de l'éruption. Par quels processus ?

Il se pourrait qu'il y ait au contact des foyers tuberculeux des modifications anatomiques de la peau. Que le tégument ne paraisse pas pathologique à l'inspection, cela n'exclut pas des lésions histologiques qui porteraient, par exemple, sur sa vascularisation. Mais on admettra que cette hypothèse, valable dans le cas d'une atteinte tuberculeuse évolutive, se soutient beaucoup plus difficilement quand le foyer bacillaire est éteint depuis de nombreuses années. Au surplus, comment expliquerait-on que les réactions cutanées à la tuberculine se soient montrées beaucoup plus sensibles en regard des anciennes lésions tuberculeuses ?

On en arrive ainsi à incriminer des modifications locales de l'allergie cutanée. Woringer et Sale ont montré (1929) que les différents territoires du corps humain n'avaient pas la même cuti-sensibilité à la tuberculine : ils pensent aussi que cette sensibilité est variable suivant la proximité du foyer tuberculeux.

Bien mieux, J. Arnaud (1938) a pu prouver qu'une manifestation d'allergie cutanée comme l'érythème noueux pouvait avoir des conséquences sur l'état réactionnel de la peau. Chez une malade de vingt-deux ans, atteinte d'érythème noueux, J. Arnaud pratiqua des injections intra-dermiques d'un extrait protidique de BK cultivés sur milieu A à la pomme de terre. Là où il n'y avait pas eu d'éruption, les nodosités furent facilement reproduites, elles n'apparurent pas dans les régions où existaient antérieurement des nouures. Cette expérience permet de concevoir une certaine immunité locale dans l'érythème noueux, analogue à celle qu'on trouve dans le zona. Elle est en apparente contradiction avec les faits cliniques que nous avons rapportés, mais démontre au moins — mutatis mutandis — les modifications d'allergie cutanée topographique après une atteinte tuberculeuse.

L'étude systématique des réactions tuberculiniques avait fourni aux cliniciens des renseignements analogues : ainsi, pour Parodi, ces réactions sont surtout marquées dans le segment cutané qui correspond aux métamères où siège le foyer tuberculeux.

Dans un ordre d'idées assez voisin, nous avons récemment montré (1942) que la vaso-dilatation histaminique, mesurée sur la peau de la paroi thoracique, est plus intense chez les tuberculeux pulmonaires du côté lésé quand on l'apprécie par rapport au côté sain.

*
**

Ainsi se trouve réunie toute une série d'arguments — cliniques, biologiques ou expérimentaux — qui montrent que le foyer tuberculeux non seulement crée un terrain allergique, mais encore modifie l'état réactionnel de la peau voisine ou métamérique.

Or, cette allergie topographique implique sans doute l'intervention d'un territoire neuro-végétatif. Et l'on voit comment on rejoint le problème — particulièrement à l'ordre du jour — des rapports du système végétatif et de l'allergie.

ÉTUDE PRATIQUE DE LA LÉGISLATION RÉCENTE
Relative à la Prophylaxie
ET A LA
LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par

le Dr R. LE BARON, Médecin-Assistant

Mme Cl. ZIEGLER, Assistante Sociale

de la Consultation Anti-Vénérienne de l'Hôpital Boucicaut (1).

Les mesures officielles récentes, relatives à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes, sont contenues dans la *Loi du 31 décembre 1942*, complétée par le *décret du 20 juillet 1943*. Ces dispositions récentes se substituent à celles édictées par la *Loi du 29 novembre 1939* et son *décret d'application du 19 mars 1940*, complétés par la *circulaire ministérielle du 21 décembre 1940* et *l'instruction du 14 janvier 1941*.

Ces mesures sont d'une grande portée pratique; elles peuvent et doivent donner d'excellents résultats, si elles sont appliquées avec rigueur et régularité. La campagne anti-vénérienne, dont on sait les difficultés, peut espérer en retirer des fruits réellement intéressants.

Un point est cependant certain. La Loi et le Décret sont de lecture ingrate et nous connaissons un certain nombre de praticiens qui se plaignent de n'avoir pas de connaissance précise et pratique de leurs nouvelles obligations. Il est certain que les articles de la Loi et du Décret se suivent, sans que soit nettement séparé le rôle respectif des divers éléments désormais en présence : malade-médecin-autorité sanitaire.

Nous nous proposons donc, dans la présente étude, d'envisager séparément ces divers chapitres précisés dans la dernière Loi et son Décret d'application.

La Loi du 29 novembre 1939 constituait déjà un acte de tendance radicalement nouvelle, par rapport à la politique sanitaire suivie jusqu'alors. Le Dr Cavaillon a fait une intéressante étude de la Loi de décembre 1942, par rapport à celle de novembre 1939 : points où la seconde renforce la première, points où la première semble avoir été plus ferme que la seconde. Pour cette étude comparative, on consultera avec intérêt l'article du Dr Cavaillon (2). On y trouvera de même le rappel de certains articles de la Loi de 1939, dont les dispositions n'étant pas contraires au texte de 1942, restent de ce fait en vigueur (art. 22 de la Loi du 31-12-1942) : le secret professionnel (art. 3) ; la répression du racolage sur la voie publique et la provocation à la débauche (art. 13) ; les sanctions lors de nouvelles infractions à ce sujet (art. 14); les stages des étudiants dans les Services anti-vénériens (art. 18) ; les contaminations dans les débits, restaurants, salons de coiffure, etc... (art. 19) ; la vente au public des seuls produits antivénériens agréés officiellement (art. 20); l'agrément obligatoire par le Ministère des Laboratoires de sérologie (art. 21). On y lira aussi, sous la plume du même auteur, une étude sur le mariage des syphilitiques contagieux, montrant que la Loi permet désormais au médecin de l'empêcher par le jeu de l'article 7, § 3 et 4.

Laissant volontairement de côté ces différents points, nous envisagerons seulement ici les questions où la Loi de 1942 a modifié celle de 1939 et spécialement les dispositions concernant :

— le malade, ses obligations;
— le médecin, ses obligations;
— l'autorité sanitaire, son rôle;
— la recherche des agents contaminateurs présumés;
— le rôle des assistantes sociales.

Lorsque certaines dispositions devront être envisagées dans plusieurs chapitres, nous ne les étudierons en détail que dans l'un d'eux, en en faisant seulement un bref résumé dans l'autre.

DEFINITIONS

Art. 1. — Loi.

Les maladies vénériennes visées par la législation sont au nombre de quatre : « Syphilis, Blennorragie, Chancrelle, Maladie de Nicolas Favre ».

Art. 21. — Loi.

L'autorité sanitaire dont il est fait multiples mentions dans la loi et le décret est « représentée dans chaque département soit par le Médecin-Inspecteur de la Santé du Département (ou le Médecin-Inspecteur Adjoint) — soit par un docteur en médecine chargé d'un des Services anti-vénériens du Département ». Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, le médecin qui doit représenter l'autorité sanitaire « est désigné par le Directeur Régional de la Santé et de l'Assistance » (3).

Art. 3. — Décret.

C'est le médecin traitant du malade qui est chargé des diverses mesures légales : avertissement, déclarations, enquête et renseignements épidémiologiques, déclenchement des mesures de coercition. « Si l'affection vénérienne est reconnue par un médecin consultant, celui-ci se mettra en rapport avec le médecin traitant choisi par le malade et c'est au médecin traitant d'observer les dispositions légales et en particulier si le malade ne se présente pas au médecin traitant avisé par le médecin consultant. »

Art. 8 — Décret.

« *C'est à l'autorité sanitaire de la résidence du médecin déclarant* que sont adressés déclaration et renseignements épidémiologiques. Si la personne signalée (malade ou agent contaminateur présumé) habite en dehors du ressort de cette autorité, cette dernière devra, de toute urgence, transmettre les renseignements à l'autorité sanitaire compétente. »

Phase de contagiosité « légale ».

La loi parle d'« accidents vénériens contagieux » (art. 2), de « maladie vénérienne contagieuse ou susceptible de le devenir » (art 4), ce qui semble englober les cas où la maladie peut redevenir contagieuse (loi de 1939) après blanchiment. On a pu discuter ce point et certains ont estimé que le malade ne devait, en cas de mauvais vouloir, être soumis aux mesures de coercition, que s'il était porteur d'accidents cliniques de contagiosité évidente. D'autres ont pris pour critère en cas de syphilis la positivité de la sérologie.

M. Spillmann, dont l'avis a été demandé sur ce point essentiel, estime *à deux ans* la période pendant laquelle un malade, syphilitique récent, doit être soumis à la surveillance serrée prévue par la loi. C'est donc pendant une période de deux ans, à partir de l'accident reconnu, qu'un malade indocile peut être considéré légalement comme réfractaire, donc susceptible d'être exposé à une déclaration nominale à ce titre.

C'est là l'avis d'une personnalité compétente et officielle, mais il faut bien avouer que cette opinion n'a pas force de loi et que bien des médecins peuvent être d'avis différent, sans encourir les rigueurs des Règlements. Personnellement nous souscrivons à cette définition et nous y conformons notre pratique, car nous estimons qu'une règle, même discutable, est préférable à l'absence de toute indication. Cette période de 2 ans coïncide d'ailleurs avec celle durant laquelle nous employons le Traitement majeur (1).

M. Cavaillon reconnaît volontiers la valeur de cette période de deux ans; toutefois, à son avis, elle n'a pas et n'a pas à avoir force de Loi; la période pendant laquelle le vénérien est soumis à la surveillance prévue par la loi est la période pendant laquelle il est contagieux : cela distingue donc le vénérien syphilitique et le vénérien blennorragique. Mais pour un syphilitique la durée de cette période est variable et c'est au médecin qu'il appartient de se prononcer. C'est seulement dans le cas où le médecin doit avertir ou déclarer, que se pose la question de savoir, non pas si le malade est contagieux, mais la question plus délicate de savoir s'il est susceptible de le devenir. Dans ce dernier cas, M. Cavaillon pense qu'il faut laisser le médecin libre, tout en « lui conseillant de se baser sur les deux ans conseillés par M. Spillmann ».

I. — OBLIGATION DE SOINS POUR LE MALADE

Art. 2. — Loi.

« *Toute personne atteinte d'accidents vénériens contagieux* doit obligatoirement se faire examiner et traiter par un médecin, jusqu'à disparition de la contagiosité. »

Art. 3. — Loi.

« Toute femme enceinte susceptible de transmettre héréditairement la syphilis — soit directement — soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur — est astreinte à la même obligation. »

Nous soulignerons ce point important : l'examen et le traitement doivent être obligatoirement effectués *par un médecin*. Cette disposition exclut donc tous les procédés et recettes de caractère commercial et même charlatanesque dont la propagation a été souvent si néfaste aux gens trop crédules. Cette diffusion fait d'ailleurs l'objet d'un article de la loi :

Art. 20 de la loi.

« Toute publicité de caractère commercial, sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée, la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes, est interdite, sauf dans les publications exclusivement réservées au corps médical. Toute infraction est passible d'une amende de 1.000 à 20.000 francs. »

II. — OBLIGATIONS DU MEDECIN

Elles concernent, d'une part, le malade à traiter, d'autre part, l'origine de la maladie à rechercher.

A. Le malade.

« Tout médecin, lorsqu'il diagnostique ou traite une maladie vénérienne contagieuse ou susceptible de le devenir » doit :

— avertir le malade;
— déclarer le cas à l'autorité sanitaire.

Art. 4. — Loi.

D'une part, *avertissement* au malade :

1° du genre de maladie dont il est atteint;
2° des dangers de contamination qui résultent de cette maladie;
3° des devoirs que lui impose la loi, notamment du traitement obligatoire et contrôlé, jusqu'à disparition de la contagiosité.

— S'il s'agit d'un sujet mineur ou tout autre incapable, l'avertissement sera — au jugement du médecin — donné soit à l'intéressé, soit aux parents ou au tiers responsable.

(1) Service de M. le Dr R.-J. Weissenbach.

(2) Prophylaxie anti-vénérienne. Mars 1943.

(3) A Paris et pour la Seine, le représentant de l'Autorité sanitaire — après avoir été longtemps le Dr Lucien Perin, Chef du contrôle sanitaire et anti-vénérien à la Direction de l'Hygiène de la Préfecture de Police — est depuis quelque temps le Dr Spillmann, Médecin Inspecteur de la Santé de la Seine (Service Inspection de la Santé de la Seine, 7, rue des Minimes). — Pour la Seine-et-Oise, l'autorité est représentée par le Dr Altenbach.

(1) Weissenbach et Basch. Le Traitement de la Syphilis. Doin, éd.

Art. 5. — Loi.

D'autre part, *déclaration* à l'autorité sanitaire. « Cette déclaration est *obligatoire dans tous les cas*, mais peut être, soit simple : diagnostic sans mention du nom du malade; soit nominale : diagnostic avec nom du malade.

Art. 6. — Loi.

« La *Déclaration simple* est obligatoire dans tout cas de maladie vénérienne en période contagieuse — qu'il s'agisse d'accidents diagnostiqués pour la première fois — ou d'un cas de maladie vénérienne déjà déclaré par un autre médecin — ou enfin de la récidive contagieuse d'une maladie ayant déjà fait antérieurement l'objet d'une déclaration simple. »

Art. 7. — Loi.

« La *déclaration nominale* des maladies vénériennes en période contagieuse est obligatoire dans deux cas :

« 1° Le malade se refuse à commencer ou à poursuivre le traitement.

« 2° Le malade s'adonne à la prostitution.

« Le médecin devra y procéder aussi :

« 3° S'il estime que, par sa profession ou son genre de vie, le malade fait courir à un ou plusieurs tiers, un risque grave de transmission de maladie vénérienne.

« Si le médecin, en faisant la déclaration nominale, estime nécessaire l'*hospitalisation d'urgence* (prévue aux articles 10-11 de la loi), il doit le mentionner sur la déclaration. Cette hospitalisation est obligatoire pour les prostituées. »

Art. 3. — Décret.

Cet article précise quelques points au sujet des dispositions de l'art. 7 de la loi, dans le cas n° 1.

a) Le malade vénérien contagieux *refuse de se laisser traiter* : alors le médecin adresse à l'autorité sanitaire une déclaration nominale: — dans les 48 heures, si le malade habite la même localité que le médecin.

« — dans les 5 jours s'il habite une autre localité, sauf si le malade fournit l'attestation d'un autre médecin, son nouveau conseiller sanitaire.

« *b*) Le malade vénérien contagieux qui — sans donner de raison valable — *ne commence* pas le traitement ordonné ou *l'interrompt* en cours de cure, ou *ne le reprend pas* à la date indiquée par le médecin (talon et premier feuillet du carnet à souche) — sera considéré comme refusant de se faire traiter. Alors le médecin, avant de faire une déclaration nominale:

« — fera, si possible, un rappel « ferme » au malade en lui annonçant la mesure nécessaire à envisager en cas de refus.

« — en cas d'insuccès, il fera à l'autorité sanitaire une déclaration nominale — de 8 à 15 jours après la date fixée par le médecin et négligée par le malade, selon le degré de contagiosité et l'urgence du traitement.

« *c*) Pour éviter les déclarations nominales abusives, le médecin, appelé à traiter un malade vénérien contagieux, doit lui demander s'il ne vient pas d'interrompre un traitement commencé ailleurs ; dans l'affirmative, il remettra au malade une lettre pour le précédent médecin, avisant celui-ci du changement de conseiller médical. »

Art. 14. — Loi.

« Une sanction (amende de 200 à 1.000 francs) est prévue contre le médecin qui néglige de donner au malade les avertissements (art. 4, loi) ou omet de faire les déclarations obligatoires (art. 5, 6, 7, loi).

Difficultés pratiques.

Il est certain que ces méthodes de lutte anti-vénérienne ne sont pas encore parfaitement entrées dans la voie de la pratique courante et strictement effective, qui pourtant est la seule garantie du succès. Nous savons les craintes éprouvées par les médecins praticiens à divers sujets et spécialement à celui des répercussions possibles de ces mesures dans leur clientèle et dans leur quartier; certes, nul ne met en doute leur importance sociale, mais leur caractère officiel, coercitif et un peu policier, peut choquer certains esprits : le médecin étant de toute évidence le point de départ de la mesure, il est à craindre que la *vox populi* lui en soit sans reconnaissance et le juge sans aménité.

A ce sujet, nous signalons comment nous participons, au dispensaire de Boucicaut, à la surveillance de certains malades, pourtant traités en ville. Des confrères nous les ont adressés soit pour précision de diagnostic, soit pour directives de traitement. Nous en avons la liste soigneusement tenue à jour, et de temps en temps (ou sur avis du confrère qui nous signale ne plus voir le patient à son cabinet), nous demandons au malade de nous adresser un certificat du médecin traitant qui prouve la continuité du traitement, en lui indiquant la nécessité légale qui lui incombe de nous fournir cette preuve. Le malade retourne chez son médecin de ville, sollicitant de lui le certificat et, par contre-coup, le traitement, que sa négligence le plus souvent lui avait fait abandonner. S'il se présente au dispensaire, nous l'orientons de nouveau vers le médecin praticien, avec quelques conseils assez impératifs sur la nécessité sociale et légale du traitement régulier et prolongé.

B. L'agent contaminateur.

Art. 8. — Loi.

Le médecin, nous le verrons plus loin (Titre IV), doit s'efforcer d'identifier l'agent contaminateur.

— S'il peut l'examiner et le traiter, il en prévient seulement l'autorité sanitaire par une *déclaration simple*;

— S'il ne peut l'examiner ou si le sujet reconnu malade refuse de se laisser soigner, le médecin en fait la *déclaration nominale* — *dans les 24 heures* — étant alors *tenu* de désigner *nominativement* la personne incriminée et ainsi dénoncée.

C. Le carnet à souche.

Art. 1 et 2. — Décret.

Pour aider le médecin dans la pratique de ces obligations, il est prévu un carnet médical à souche, numéroté, à feuillets également numérotés. (Ce point est encore à l'état de projet.)

a) *Sur le talon*, il inscrira :

— Nom du malade, prénoms, date de naissance, adresse, profession, indicatif, en exigeant des pièces d'identité, ou en en mentionnant l'absence sur la souche et sur la déclaration.

— Date de la remise du feuillet b).

— Date prévue des reprises de traitement.

b) *Sur le 1er feuillet détachable, destiné au malade*, le médecin notera :

— avertissements (prévus par art. 4; loi) complétés par conseils oraux,

— à la fin de chaque cure thérapeutique, pendant la période considérée comme contagieuse, la date obligatoire de reprise de traitement, déjà notée sur la souche.

c) *Le 2e feuillet détachable, destiné à l'autorité sanitaire*, comprend deux volets :

— le premier sert à la déclaration simple ou nominale,

— le second dit « Bulletin de renseignements épidémiologiques » contient les éléments pouvant permettre (art. 8, loi) l'identification de l'agent contaminateur présumé.

Ce second feuillet sera *sans délai* remis ou adressé en franchise à l'autorité sanitaire et portera la mention « confidentiel — ne peut être ouvert que par un médecin ».

III. — ROLE DE L'AUTORITE SANITAIRE

L'autorité sanitaire :

— reçoit les *déclarations* simples ou nominales,

— prend les *mesures de coercition*, qui sont :

a) pour le malade l'**hospitalisation** d'office après ou sans **avertissement.**

b) pour l'agent contaminateur présumé: l'*examen médical d'office* après *avertissement* impératif.

A. Cas spécial. — Les prostituées.

Celles-ci font obligatoirement l'objet :

— d'une déclaration nominale: Art. 7 de la loi,

— d'une hospitalisation d'office : Art. 11 de la loi.

B. Cas habituel concernant les malades.

Rien à dire au sujet des déclarations simples qui servent soit aux études de statistiques — soit de préliminaires aux déclarations nominales.

Art. 9. — Loi.

Tout malade qui a fait l'objet d'une *déclaration nominale* de la part de son médecin au titre de l'art. 7, § 1 (c'est-à-dire, refus, en phase contagieuse, de commencer ou de poursuivre le traitement), recevra de l'autorité sanitaire un *avertissement* lui enjoignant: d'avoir à se faire traiter *immédiatement* et *régulièrement*, et d'en faire la *preuve*, celle-ci sera fournie par la présentation de certificats médicaux à l'autorité sanitaire, aux dates fixées par celle-ci.

Si le malade ne fournit pas cette preuve de traitement immédiat et régulier, il sera *hospitalisé* d'office, suivant les modalités prévues aux art. 11 et 12 de la loi.

Art. 10. — Loi.

Tout malade qui a fait l'objet, de la part de son médecin, d'une *déclaration nominale*, au titre de l'art. 7, § 3 (c'est-à-dire exerçant, en période contagieuse, une profession ou ayant un genre de vie pouvant être socialement nocifs),

recevra de l'autorité sanitaire, un *avertissement* lui enjoignant d'avoir à renoncer — immédiatement et pendant la durée des accidents contagieux — à l'exercice de sa profession ou au genre de vie qui ont motivé la déclaration nominale de la maladie vénérienne.

L'autorité sanitaire procédera à toute *enquête* qu'elle jugera utile, afin de vérifier l'observance par le malade des injonctions reçues à ce sujet.

En cas de non-observance, l'*hospitalisation d'urgence* sera provoquée suivant les modalités prévues aux art. 11 et 12 de la loi.

Toutefois, *à la demande du médecin*, la dite hospitalisation d'urgence pourra être provoquée *sans l'avertissement* de l'autorité sanitaire, prévu au début du présent article.

Art. 11. — Décret.

Cet article prévoit le cas du malade qui, visé par la surveillance de l'autorité sanitaire, prévue par l'art. 10 de la loi, chercherait à y échapper, en allant exercer sa profession ou mener un genre de vie socialement dangereux, dans une autre localité.

Toute personne soumise à la surveillance prévue à l'art. 10 de la loi, devra, en cas de changement d'adresse, en aviser l'autorité sanitaire. Celle-ci, s'il y a lieu, transmettra les renseignements concernant la personne intéressée, à la nouvelle autorité sanitaire compétente, pour la mettre en mesure de continuer la surveillance sanitaire.

Art. 11. — Loi.

L'hospitalisation d'urgence sera provoquée par l'autorité sanitaire pour toute personne dont le nom lui aura été déclaré par application de l'art. 7, c'est-à-dire :

— en dehors de l'hospitalisation obligatoire des prostituées;

— les personnes dont la mauvaise volonté nécessite l'hospitalisation selon les modalités prévues aux art. 9 et 10 de la loi.

Mais elle est toujours (sauf cas spécial prévu à l'art. 10 de la loi) *précédée d'avertissements* suffisants. Nous verrons plus loin (art. 4 du décret) que ce sont des assistantes sociales déléguées par l'autorité sanitaire qui sont chargées de remettre aux intéressés — avec tact mais fermeté — les avertissements prévus aux art. 9 et 10 de la loi, en y joignant toutes explications nécessaires.

Mais il fallait prévoir le cas où l'assistante sociale ne peut convaincre le malade, ni même parfois le joindre pour lui parler et lui remettre l'avertissement officiel :

Art. 4. — Décret.

Lorsque la personne intéressée se dérobe à tout entretien avec l'assistante sociale, les injonctions de l'autorité sanitaire lui seront adressées par carte-lettre recommandée avec avis de réception conforme au modèle établi par l'Administration des Postes. La partie extérieure de cette carte-lettre ne devra contenir d'autre mention que les nom et adresse du destinataire.

Art. 6. — Décret.

L'ordre d'avoir à se soumettre à l'hospitalisation d'office, par application des art. 9, 10, 11 de la loi, sera notifié à la personne intéressée dans les formes prescrites à l'art. 4 du décret. Si vingt-quatre heures après la remise de l'injonction par l'assistante sociale ou la réception de la carte-lettre recommandée prévue à l'art. 4 du décret, le malade n'a pas obéi à l'ordre d'hospitalisation, le préfet, *sur proposition de l'autorité sanitaire*, ordonnera l'hospitalisation d'office par application de l'art. 11 de la loi.

Lieux d'hospitalisation.

Art. 12. — Loi.

Sous réserve de la réglementation en vigueur concernant la prostitution, toute personne hospitalisée d'office par application des art. 9, 10, 11, entrera à son choix :

— soit à ses frais dans une clinique privée agréée par l'autorité sanitaire,

— soit aux conditions habituelles dans un hôpital public.

Art. 7. — Décret.

Les hôpitaux et hospices publics sont tenus de recevoir les personnes qui leur seront adressées en vertu des art. 9, 10, 11 et 12 de la loi.

Art. 9. — Décret.

Le préfet établira, sur proposition du Directeur Régional de la Santé, après avis du médecin consultant en vénéréologie :

— la liste des hôpitaux publics et des cliniques privées agréés en vue de l'hospitalisation d'urgence et d'office — sous la condition que leur installation et leur fonctionnement donnent toute garantie en vue de la surveillance à exercer prévue par Loi et Décret.

Sortie de l'hôpital.

Art. 15. — Loi.

Aucune personne, hospitalisée d'office, ne pourra quitter l'hôpital ou la clinique, même pour la plus courte absence, qu'avec l'autorisation écrite du médecin-chef de service.

Toute infraction à cette disposition sera passible d'une amende de 200 à 1.000 francs ou d'un emprisonnement de 6 jours à 3 mois.

Art. 16. — Loi.

Si l'autorité sanitaire juge indispensable de *prolonger la surveillance médicale* d'un malade hospitalisé d'office, elle pourra désigner le dispensaire, le service ou à défaut le médecin chargé de cette surveillance et qui aura à en préciser les modalités. Faute de s'y soumettre, la personne incriminée sera passible d'une amende de 200 à 500 francs.

Art. 9. — Décret.

Le préfet établira sur proposition du Directeur Régional de la Santé après avis du médecin consultant en vénéréologie :

— la liste des dispensaires ou services éventuellement chargés de la surveillance des malades prévue à l'art. 16 de la loi — sous condition de fonctionnement et installation donnant toute garantie pour exercer cette surveillance.

— la liste des médecins pouvant être chargés de cette surveillance.

Art. 11. — Décret.

Toute personne soumise à la surveillance prévue à l'art. 16 de la loi devra, en cas de changement d'adresse, en aviser l'autorité sanitaire. S'il y a lieu, celle-ci transmettra les renseignements concernant la personne intéressée à la nouvelle autorité sanitaire compétente, pour la mettre en mesure de continuer la surveillance sanitaire.

C. Cas habituel concernant l'agent contaminateur présumé.

Si une personne fait, à ce titre, l'objet d'une déclaration nominale du médecin traitant (art. 8, loi), l'autorité sanitaire prend un certain nombre de mesures, que nous préciserons plus loin (Titre IV).

Art. 13. — Loi.

Invitation à fournir un certificat médical prouvant l'absence d'accidents vénériens contagieux.

Faute de quoi, l'autorité désigne un médecin pour l'examiner.

Elle peut aussi exiger un examen par un médecin agréé, dans certains cas, même après remise du certificat médical de non-contagiosité et prescrire certains examens complémentaires.

IV. — RECHERCHE DES AGENTS CONTAMINATEURS

Nous exposons ici en détail les dispositions déjà indiquées en résumé au sujet :

— des obligations des médecins (Titre II) ;

— du rôle de l'autorité sanitaire (Titre III).

A ce point de vue, en effet, il existe *deux étapes :*

— l'une médicale, de recherche et d'examen volontairement consenti par la personne intéressée,

— l'autre de coercition, de la part de l'autorité sanitaire.

Art. 8. — Loi.

1° Tout médecin, lorsqu'il diagnostique un nouveau cas de maladie vénérienne, doit s'efforcer — pour faciliter le dépistage et le traitement des agents de contamination — d'obtenir du malade tous renseignements permettant de retrouver la personne contaminatrice et d'apprécier le danger qu'elle peut ou a pu faire courir à des tiers (1).

Il doit donc s'efforcer de l'identifier et *par l'intermédiaire du malade* de la retrouver et de l'examiner.

2° Si le médecin a pu examiner lui-même l'agent contaminateur présumé et s'il a pu l'amener à se faire traiter, il préviendra simplement l'autorité sanitaire que l'agent de contamination — qu'il ne nommera pas — a été dépisté et mis en traitement.

C'est encore une déclaration simple.

3° Si le médecin ne peut l'examiner lui-même ou 4° si l'ayant reconnu malade, il n'a pu l'amener à se faire traiter, il transmettra — *dans les 24 heures* — à l'autorité sanitaire, tous renseignements nécessaires pour permettre à celle-ci de faire rechercher, examiner et traiter la personne suspectée; le médecin est tenu, dans ce cas, de désigner nominativement la personne que le malade lui aura indiquée comme contaminatrice probable.

Art. 13. — Loi.

5° Toute personne signalée à l'autorité sanitaire par application de l'art. 8 de la Loi, sera *invitée* par ladite autorité à présenter — dans un délai fixé — un certificat médical constatant qu'elle est indemne de tout accident vénérien contagieux.

6° Si la personne suspectée n'a pas présenté le certificat dans les délais impartis, l'autorité sanitaire devra prendre toutes mesures utiles en vue de la *faire examiner par un des médecins agréés ou désignés par elle — ou pour la faire hospitaliser d'office.*

7° Si l'autorité sanitaire estime qu'il y a contradiction flagrante entre le certificat fourni par la personne supposée contagieuse et le résultat de l'enquête épidémiologique, elle peut *exiger un examen médical* par un médecin agréé ou choisi par elle.

8° Dans tous les cas où le diagnostic reste douteux, l'autorité sanitaire peut prescrire des *examens complémentaires indispensables.*

Art. 5. — Décret.

Lorsqu'en application de l'Art. 13 de la Loi (dernier alinéa § 8), l'autorité sanitaire jugera devoir prescrire des examens complémentaires, elle le fera, autant que possible, d'accord avec le médecin traitant et sans toutefois que les mesures de prophylaxie puissent s'en trouver retardées ou entravées.

Art. 9. — Décret.

Le Préfet établira — sur proposition du Directeur régional de la Santé — après avis du médecin consultant en vénéréologie :

— la liste des médecins agréés, habilités à pratiquer les examens prescrits par les deuxième et troisième alinéas de l'Art. 13 de la Loi (§ 6 et 7).

Art. 10. — Décret.

A défaut de médecins agréés, des médecins désignés par l'autorité sanitaire — après avis du médecin consultant en vénéréologie — pourront être appelés à pratiquer les examens visés à l'Art. 9 ci-dessus.

V. — ROLE DES ASSISTANTES SOCIALES

Art. 4. — Décret.

Le Décret prévoit le rôle d'Assistantes sociales spécialement déléguées à cet effet par l'Autorité sanitaire « qui remettront aux intéressés les divers *avertissements, avis, injonctions* de ladite autorité » et qui procéderont aux enquêtes nécessaires.

— Ces notifications seront *remises* aux intéressés hors de la présence de tiers.

— Les Assistantes sociales devront appuyer verbalement cette remise de commentaires destinés à souligner le caractère social des mesures prescrites.

a) *Pour le malade :*

1° « *L'avertissement* prévu à l'Art. 9 de la Loi » (Obligation de traitement immédiat pour malade récalcitrant et nécessité d'en fournir lui-même la preuve);

2° « *L'averissement* prévu à l'Art. 10 de la Loi » (Obligation de cesser profession ou genre de vie socialement dangereux immédiatement et jusqu'à la fin des accidents contagieux);

3° *L'enquête* pour « vérification prévue à l'Art. 10 de la Loi » de la cessation réelle de cette profession ou de ce genre de vie.

b) *Pour l'agent contaminateur présumé :*

4° *L'invitation* à présenter, dans un délai fixé, le « certificat médical prévu à l'Art. 13 de la Loi » (constatant que la personne incriminée est indemne de tout accident vénérien contagieux) ;

5° *L'avis* d'avoir à subir les « examens médicaux prévus à l'Art. 13 de la Loi » (par médecin agréé ou désigné par l'autorité sanitaire).

c) *L'hospitalisation d'office :*

Art. 6. — Décret.

6° *L'ordre* d'avoir à se soumettre à l'hospitalisation d'office sera notifié à l'intéressé, dans les mêmes formes.

(1) C'est le principe de la recherche des sujets pouvant avoir été contaminés à la même source.

Les Assistantes des Dispensaires antivénériens.

Ces dispositions concernant les futures assistantes sociales, déléguées par l'autorité sanitaire, ne doivent pas faire oublier le rôle actuel des *Assistantes des Dispensaires antivénériens* (Hôpitaux publics ou privés, Préfecture de Police, Ligue N.F.P.V., Dispensaires municipaux, départementaux, etc.).

a) C'est à elles qu'appartient la surveillance des malades « du premier degré », dirons-nous, surveillance des dates de reprise du traitement, lettres de rappel à ce sujet, visites de rappel dans le même sens avec explications et précisions.

b) Les premières recherches des agents contaminateurs présumés sont aussi de leur ressort : *enquête épidémiologique*, précision des personnes à suspecter soit connues : noms et prénoms, profession, adresse de travail et d'habitation ; soit inconnues : surnoms, lieux de rencontre (brasserie, square, cinéma, hôtel), domicile et profession probables, situation familiale, aspect physique, corpulence, habillement, signes particuliers (tatouages, denture, teint, couleur des yeux et des cheveux), signalement de règle tout à fait imprécis et insuffisant, puis recherche sur place, lettres et visites avec explications souvent délicates, pour lesquelles le tact et la fermeté doivent s'allier à la parfaite compréhension de tous les problèmes humains et à la plus grande discrétion, car le nom du malade indicateur devant rester secret, il y a là une large possibilité de dénonciations calomnieuses. Dans d'autres cas, au contraire, il faut vaincre une réticence due à un esprit trop chevaleresque ou à la crainte (malade ou partenaire mariés).

c) La recherche des personnes ayant pu être contaminées à leur tour par le malade. Ici encore la calomnie peut amener de pénibles conséquences.

d) Le déclenchement, d'accord avec le médecin du dispensaire, des mesures de coercition à demander à l'autorité sanitaire, pour les malades rebelles ou incompréhensifs (mesures « du deuxième degré ») et les agents contaminateurs présumés se refusant à l'examen nécessaire prévu par la loi (venue au dispensaire ou production d'un certificat d'un médecin particulier).

Nous avons vu quelle liaison pouvait s'établir entre un dispensaire et les médecins de ville et quels bons résultats on pouvait en espérer par la surveillance « hospitalière » des malades traités « hors de l'hôpital ». Une collaboration de même ordre peut aussi grandement aider les praticiens pour la recherche des agents contaminateurs, en leur évitant une sérieuse perte de temps et un rôle désagréable dans leur quartier ou leur localité.

VI. — SYPHILIS ET NOURRISSONS ET NOURRICES

Art. 17. — Loi.

Sera punie d'un emprisonnement de 15 jours à 3 mois de prison et d'une amende de 1.000 à 3.000 francs, ou de l'une de ces peines seulement :

1° Toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien alors qu'elle se *sait* atteinte de syphilis;

2° Toute personne qui, *sciemment*, laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde — sans avoir averti la nourrice — *par un médecin* — de la maladie dont l'enfant est atteint et des précautions à prendre;

3° Toute personne qui, *sciemment*, donne en nourrice un enfant syphilitique — sans aviser les nourriciers de la maladie dont l'enfant est atteint.

Art. 18. — Loi.

Est punie d'une peine d'emprisonnement de 8 jours à 1 mois et d'une amende de 200 à 3.000 francs, ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute nourrice qui nourrit un enfant autre que le sien — sans être en possession d'un certificat médical délivré *immédiatement avant le commencement de l'allaitement* — et attestant qu'elle ne présente aucun signe clinique, ni sérologique de syphilis;

2° Toute personne qui confie un enfant dont elle a la garde à une nourrice sans s'être assurée que celle-ci est en possession du dit *certificat;*

3° Toute personne qui, en dehors des cas de force majeure, laisse nourrir par une autre personne que la mère, l'enfant dont elle a la garde, sans s'être assurée, au préalable, par un *certificat médical*, qu'il n'existe aucun danger de contamination du nourrisson.

***

Telles sont les dispositions essentielles de la nouvelle Législation (1). Elle donne aux médecins praticiens un rôle plus important dans la lutte antivénérienne, en augmentant leurs devoirs et leurs pouvoirs. Comme il est dit dans l'exposé des Motifs de la Loi, celle-ci a introduit deux mesures entièrement nouvelles : l'hospitalisation d'office et l'obligation du traitement. Elle précise et renforce certains autres points : les déclarations nominales qui, autorisées par la Loi de 1939, deviennent obligatoires dans certains cas bien précis. Elle donne les directives d'enquêtes épidémiologiques qui doivent guider chacun dans la recherche des *foyers* originels de la dissémination. Elle constitue un grand progrès dans la lutte antivénérienne et tous les médecins doivent s'efforcer de participer à celle-ci, en faisant entrer dans la pratique les mesures légales, malgré les difficultés inhérentes à toute innovation.

(1) Nous savons qu'une Circulaire Ministérielle actuellement en préparation doit prochainement compléter et rendre plus pratiques les dispositions actuelles. Nous en signalerons la parution et, au besoin, en analyserons les principes essentiels, pour les lecteurs de la *Gazette*.

QUELQUES MOTS SUR L'ÉVOLUTION DES TECHNIQUES DU SKI ET LEUR INFLUENCE SUR L'ÉVOLUTION DES TRAUMATISMES

par Lionel et H.-A. Terray.

Des deux auteurs de ce modeste travail, l'un a pris part à la plupart des grandes compétitions des dernières années, l'autre, skieur avant 1900, a pratiqué l'une après l'autre la plupart des méthodes en vigueur. Il a donc vu successivement ce qu'il n'est pas sans intérêt de noter, l'effort de descente se modifier au fur et à mesure que les techniques se modifiaient elles-mêmes.

C'est en 1908, à la suite d'un concours (à Chamonix) où l'Armée Norvégienne avait particulièrement brillé, qu'un professeur (Durban Hansen) a, pour la première fois en France, donné l'enseignement d'une technique permettant de tourner et de s'arrêter dans les descentes sans user des bâtons.

1re *période.* — Dans la période précédente, en effet (et le concours militaire de Briançon en 1906 l'avait démontré), tout arrêt et tout virage s'obtenait au moyen d'une chute dite « arrêt de Briançon ». Le freinage s'obtenait au moyen des bâtons sur lesquels chevauchait le skieur. *L'effort de descente était surtout un effort des bras et du torse.*

2e *période.* — La méthode norvégienne utilisait pour les virages le réflexe spontané de l'homme qui, arrivé devant un abîme, a tendance à se rejeter en arrière. Dans le « télémark » le skieur se fendait largement, le buste en arrière : *l'effort de descente était surtout un effort des genoux.* Les montures en usage s'inspiraient de la crainte des fractures possibles. Elles étaient prévues pour que le talon ne soit pas lié au ski mais largement libre et pour que la partie antérieure du pied puisse se dégager très rapidement en cas d'accident.

3e *période.* — Dans cette période qui voit en fin de compte le triomphe de la méthode française, le souci de réaliser des vitesses de plus en plus grandes amène le skieur, pour abaisser le plus possible son centre de gravité, à réaliser une sorte d'accroupissement. Comme on ne peut pas se baisser en arrière, il devient nécessaire de triompher des réflexes naturels de l'homme et toute la technique conduira désormais le skieur dans la descente à se jeter en avant, les genoux fléchis. Mais pour que l'homme puisse se jeter en avant sans tomber, il faut obligatoirement, nouveau Little Tich, que son talon fasse corps avec son ski. D'où les montures actuelles Kandahar et longue lanière. *L'effort de descente devient surtout un effort des chevilles.*

De cette évolution dans la technique provient l'évolution des localisations constatée par les chirurgiens à l'occasion des accidents de ski. Avant 1908, ces accidents intéressaient surtout les bras, le torse et le bassin.

Dans la période postérieure à 1908, les genoux et le bassin étaient le siège usuel des localisations traumatiques.

Dans la période actuelle, ce sont les chevilles et les tibias qui fournissent la plus large contribution aux accidents constatés : élongation fréquente des ligaments (et plus particulièrement du ligament latéral externe), fracture de l'extrémité inférieure du péroné, mais surtout fracture spiroïde du tibia, si spécifiquement propre aux skieurs, comme conséquence soit d'un mauvais terrain, soit d'une faute de technique au moment du virage.

Il n'est pas sans intérêt d'étudier ce qui se passe lorsqu'un skieur descendant une pente rapide à grande allure se propose de faire un virage. Il est à ce moment animé de ce que les physiciens appellent une énergie cinétique de translation de la formule bien connue : « $U = 1/2$ de mV_2 » où m représente la masse du skieur et V sa vitesse. Chacun en calculant l'énergie dont est animé un skieur de 70 à 80 kilos descendant une pente à 60 ou 80 kilomètres à l'heure pourra comprendre qu'un choc à cette allure puisse être mortel.

Dans le virage, cette énergie va se transformer en énergie cinétique de rotation de la formule : « $U = 1/2 \; I \omega 2$ » où   représente la vitesse angulaire et I ce qu'on appelle le moment d'inertie (mR_2). Pour assurer sans risque son virage, et aussi une certaine égalité entre la force centrifuge et le moment d'inertie, le skieur est amené à faire une rotation des épaules, les pieds et le corps formant une sorte de bloc rigide, en mouvement, animé de la même énergie cinétique de rotation. Mais si la rotation des épaules n'est pas synchrone de celle du pied ou que celui-ci se trouve retenu par un accident de terrain (neige croûteuse, par exemple) il se produit entre le pied et le corps un couple de torsion qui peut entraîner une fracture du tibia suivant un tracé spiroïde et les formules ci-dessus permettent de comprendre que le danger sera d'autant plus grand que la vitesse sera plus rapide.

Telles sont très schématiquement résumées les conditions techniques dans lesquelles nos skieurs modernes ont pu réaliser des vitesses surprenantes dépassant parfois 100 kilomètres à l'heure grâce à une technique qui s'est imposée mais qui exige une habileté non exclusive de tout risque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 20 JUIN 1944.

Traitement de la diphtérie par la méthode cytophylactique. — M. P. Delbet.

De l'immunité naturellement acquise en général et en particulier de l'existence dans le sérum de certains animaux domestiques, d'anticorps possédant des propriétés neutralisantes à l'égard des antigènes correspondants : toxines, ferments microbiens, ultra-virus. — M. G. Ramon. — Le sérum de certains sujets non immunisés, hommes ou animaux de certaines espèces, contient des anticorps variés : antitoxines, antiferments, antivirus.

Tout principe antigène spécifique pénétrant dans un organisme du fait d'une maladie apparente ou occulte, ou de toute autre manière, y provoque l'apparition d'un anticorps qui, *in vitro* ou *in vivo*, a la propriété d'entrer en réaction avec l'antigène qui a provoqué son apparition. Il en résulte une immunité naturellement acquise.

Les organismes sont capables, sans aucune gêne, d'élaborer séparément ou en même temps des anticorps très divers par leur spécificité, leur nombre et leur activité. Les sérums dits « normaux » peuvent donc contenir des anticorps multiples.

L'existence de cette immunité naturellement acquise confirme le principe sur lequel repose la méthode des vaccinations associées et de la production simultanée des antigènes ; elle contredit, par contre, la conception de la « concurrence des antigènes ».

Elle permet d'expliquer les faits bien connus de la puissance augmentant avec l'âge de l'immunité diphtérique naturellement acquise et de la rareté parallèlement croissante de la diphtérie chez l'adulte ; de la rareté du tétanos chez les ruminants et de sa fréquence et de sa gravité chez les équidés.

Elle constitue enfin un argument puissant en faveur de la pratique des vaccinations associées ; une notion de première importance pour la pratique et la critique de toute expérimentation biologique et un guide indispensable pour toute recherche de procédés immunologiques nouveaux.

L'étude de l'immunité naturellement acquise fournit d'importants renseignements sur les rapports possibles de filiation entre diverses maladies microbiennes, maladies à ultra-virus particulièrement ; elle suggère la possibilité de rapprochements entre les diverses espèces d'anticorps et permet d'étayer solidement certaines conceptions relatives au mécanisme de l'immunité et conduit à formuler certaines des lois qui la régissent.

Etude biologique et biochimique de microsporum lanosum, var-altum. — MM. A. et R. Sartory et Anselm.

Sur la nature, la genèse et les transformations des protéides sanguins à l'état normal et pathologique. — M. Bierry.

Sur les inconvénients de la culture individuelle du tabac. — M. Delacroix.

SÉANCE DU 27 JUIN 1944.

M. le Président annonce le décès de M. Trillat, membre libre depuis 1937.

Les tumeurs angiomateuses sous-cutanées de la poule. — MM. Roussy et M. et P. Guérin. — S'appuyant sur trois observations de tumeurs angiomateuses bénignes sous-cutanées de la poule, dont deux en rapport avec un virus leucémique et la dernière avec un virus autre, tumeurs ultérieurement inoculées (et non pas greffées) avec succès à une autre poule, les auteurs concluent que certains virus de la leucémie de la poule peuvent se fixer non seulement sur la lignée hématopoïétique, mais tout aussi bien sur celle de la lignée histiocytaire ou de la lignée histioendothéliale.

Il peut donc exister chez l'oiseau des tropismes différents pour un seul et même virus.

A propos de la stérilisation de l'eau potable. — M. Tanon. — Pour la stérilisation de l'eau bien des procédés sont déjà connus et dont l'efficacité ne s'est jamais démentie (hypochlorite de soude, brome, iode). Les circonstances présentes rendent nécessaire un procédé qui stérilise et permette de conserver stérile pendant une durée prolongée une réserve d'eau potable en récipient bouché. Les procédés au Lugol ou au permanganate le permettent également mais sont parfois incommodes avec des bouteilles en verre coloré. L'emploi d'eau de Javel à 35 gr. de chlore par litre dilués dans l'eau ordinaire (4 cmc = c gouttes = 1 cuillerée à café par litre) fournit une solution mère. Contenue dans le récipient qui devra recevoir l'eau à conserver, elle en garde, adhérant aux parois après vidage, une quantité suffisante (2 cmc) pour assurer la stérilisation de l'eau ordinaire qui remplacera dans le récipient la solution mère. On peut ainsi, par transvasement dans des bouteilles successives, stériliser une série de récipients. L'eau se conserve au moins un mois et sera si nécessaire, désodorisée au moment de l'emploi avec une trace d'hyposulfite.

En doublant la quantité d'eau de Javel, on peut obtenir avec des produits pauvres en chlore une sécurité égale.

Régression de l'endémie brucellaire d'origine bovine en Franche-Comté. — M. Ledoux. (Présentation par M. Loeper.) — Depuis deux ans, on voit en Franche-Comté une rétrocession simultanée chez les bovins et chez l'homme des brucelloses. Il est encore malaisé de démêler l'influence de la livraison aux réquisitions des vaches avorteuses par préférence et celle de la vaccination plus fréquente chez l'homme.

Les graines torréfiées de soja et de lupin dans la préparation de l'infusion de café. — M. Guillaume. (Présentation par M. Bertrand.)

L'infection botulique du porc. — M. Legroux et Mme Jeramec. (Présentation par M. Trefouël). — La prophylaxie chez l'homme doit se baser sur des précautions d'abatage. Le sang du porc abattu à jeun ne contient pas de microbes ; celui du porc nourri contient du coli, de l'entérocoque, divers anaérobies — genres qu'on retrouve dans le jambon et dans la moelle osseuse des viandes toxiques. Il est désirable que le public apprenne que l'abatage du porc après quarante-huit heures de jeûne est une mesure de protection efficace.

Nécessité de réglementer la teneur en acide sulfureux des produits dits « concrets » de fruits. — MM. Kling et Pichard.

Election de deux membres correspondants nationaux dans la 6e division (pharmaciens). MM. Lespagnol (de Lille) et Ronchèze (de Nice) sont élus.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1944.

Sarcome ou épithélioma du sein (deux observations). — MM. Hartmann, M. et P. Guérin, présentent deux observations qui étaient cliniquement des sarcomes typiques du sein dont l'un a récidivé et a présenté une récidive nettement épithéliomateuse. L'examen initial de la première tumeur avait cependant simulé histologiquement un lymphosarcome.

En présence de ces deux observations on peut se demander si les lymphosarcomes du sein ne sont pas des épithéliomas de forme cellulaire anormale.

Anémie protidique et anémie globulaire. — MM. M. Loeper et J. Loeper. — On peut distinguer dans les anémies celles où le processus porte sur les globules (anémies globulaires) et celles qui portent sur les protides (anémies protidiques) ces dernières non entièrement superposables aux anémies plasmatiques. Parmi vingt cas retenus par les auteurs se trouvent : des anémies par saignées (la chute de l'albumine sérique et celle de l'albumine globulaire sont parallèles) ; des anémies par cachexie, de causes diverses (les taux d'albumines y sont divers, peut-être par résorption au niveau des lésions ; il y a seulement anémie globulaire ; l'anémie protidique est inconstante ou tout au moins masquée) ; des anémies hémopathiques (il y a dissociation très marquée entre protidémie et globulémie).

Dans ces derniers cas on peut penser qu'interviennent les résorptions d'albumines mais aussi sans doute l'indépendance des causes qui commandent les deux processus d'anémie.

Traitement des syndromes paraphylactiques (anaphylactiques) par l'atropine-antergan. — M. Danielopolu. — L'état paraphylactique correspond, de même que la maladie du sérum, à une libération massive d'acétylcholine, correspondant à une hyperconcentration préalable en précholine.

L'antergan est non seulement histaminofrénateur mais parasympathicofrénateur. L'association d'atropine à l'antergan empêche l'action non seulement de l'histamine habituellement incriminée dans la production du choc anaphylactique, mais encore de l'acétylcholine.

Pour un choc paraphylactique l'atropine seule peut suffire à obtenir l'effet désiré.

Résultats d'examens radiologiques systématiques itératifs. — MM. Bidermann, Alibert, J. Méry et Paillas. — (Présentation par M. Rouvillois).

Sur 67.790 examens de cheminots pratiqués durant les années 1941, 42 et 43 et dont 56.541 étaient examinés pour la première fois, 123 avaient du B.K. dans l'expectoration (soit 22 pour 10.000). 13.249 examinés à nouveau de un à deux ans plus tard ont fourni 8 nouveaux cas (6 pour 10.000).

Des examens de mineurs de Meurthe-et-Moselle ont montré au premier examen 14 positifs sur 6.663 (21 pour 10.000) ; au deuxième examen, 18 mois plus tard, 3 positifs sur 5.722 (5 sur 10.000).

Parmi des cheminots de la région des Ardennes, en 1941, 10 cas positifs sur 4.162 (22 sur 10.000) ; au deuxième examen, deux ans plus tard, 3 positifs sur 3.296 (9 sur 10.000).

Le pourcentage des cas dépistés augmente donc proportionnellement au temps qui sépare du premier examen systématique, passant de 3 sur 10.000 à 5 sur 10.000 en 18 mois et à 9 sur 10.000 en deux ans. Augmentation qui ne cadre pas avec l'hypothèse de tuberculoses latentes mais bien avec l'intérêt et la nécessité de la surveillance durable de la répétition des examens.

Discussion. — M. Courcoux, M. Rist.

Diabète insipide traité et guéri par l'électrochoc. Néphrose vasomotrice consécutive. — MM. Drouet, Hacquard, Herbeuval et Simonin. — Observation de diabète insipide intense sans étiologie précise, rapidement guéri quant à la soif et à la polyurie par 7 séances d'électrochoc. A la suite apparaît inopinément une néphrose vasomotrice. Cette séquelle peut être due à l'action directe des électrodes sur le IIIe ventricule ou à la fragilité vasculaire de reins surmenés par le diabète insipide. Il est peut-être prudent en pareil cas d'associer à l'électrochoc un traitement par le lobe postérieur d'hypophyse.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 7 JUIN 1944.

Deux cas de fracture vertébrale au cours du tétanos. — M. CABY, port de M. F.-M. CADENAT.

Dans le premier cas, le tassement était peu important ; dans le second, les lésions siégeaient également à la région dorsale, il existait une bosité nette.

M. LANCE a vu deux cas semblables chez l'enfant.

Sur la résection secondaire précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os gs. — MM. VIRENQUE et CAHUZAC, M. LEVEUF, rapporteur. — Les rétats furent favorables dans sept cas sur neuf. Les échecs sont expliqles par de mauvaises indications.

Hernie diaphragmatique à forme anémique. — M. J. GOSSET comnique deux exemples personnels de hernie de la grosse tubérosité gasque. Guérison par le traitement chirurgical.

M. QUENU insiste sur la fréquence des ulcères dans les hernies diaagmatiques.

Sur les hernies du côlon dites par glissement. — M. J. GOSSET rectifie description classique de MM. Lardennois et Ockynczic.

Sciatique par hernie discale. Traitement chirurgical, guérison. — I. MEVANER et GROS, rapport de M. PETIT-DUTAILLIS.

A propos de seize observations de splanchnectomies bilatérales pour pertension artérielle. — M. LECUIRE, rapport de M. PETIT-DUTAILLIS.

A propos de la gastrectomie pour exclusion. — M. LERICHE pratique tes les fois qu'il le peut l'ablation du pylore. Il considère que l'intertion doit être seulement faite par nécessité.

M. SÉNÈQUE estime qu'il existe des limites à l'exérèse des ulcères du odénum. Dans de tels cas, chez des malades âgés, fatigués, il faut faire e gastro-entérostomie. Ailleurs, la gastrectomie pour exclusion semble férable, car ses résultats éloignés sont meilleurs. Elle doit être décidée nt toute libération de l'ulcus. Si la section porte sur l'estomac, il faut équer la muqueuse de l'antre.

SÉANCE DU 14 JUIN 1944.

A propos de l'incision inguino-scrotale. — M. POULIQUEN.

Deux observations de fractures du rachis post-tétanique. — M. LANCE.

Abcès du cerveau à symptomatologie fruste. Ablation en masse sans iinage. — M. D. FEREY.

Tumeur endo-osseuse de la diaphyse tibiale apparue dans le jeune . Dégénérescence sarcomateuse constatée trente ans après. — M. P. IROUD. M. Moulonguet présente une observation analogue.

Deux observations de pneumectomie. — M. ISELIN et Mlle SÉROR. Rapt de M. Leveuf.

Interréaction de l'os et du métal en ostéosynthèse. — MM. HUET et GUIER ont constaté l'existence de dépôts métalliques en certains points l'os, ces dépôts paraissent en rapport avec la formation de couples ctriques entre plaque et os, et même plaque et vis de même métal.

Anthrax de la lèvre supérieure guéri par le bactériophage. — M. UVÉ.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. M. DESPLAS commente quelques observations personnelles ; il insiste r la lenteur de la réparation anatomique des diaphyses.

M. S. BLONDIN est élu membre titulaire de l'Académie.

SÉANCE DU 21 JUIN 1944.

A propos des résections des cancers du sein. — M. J. QUÉNU monque l'amputation large avec curage axillaire peut être justifiée même ns les récidives de cancer du sein traitées par une opération limitée.

A propos des blessures par duralumin. — M. DESPLAS.

Complication d'un fibrome utérin dans le post-partum. Troubles cirlatoires d'origine artérielle des membres inférieurs (amputation de isse). — M. MOIROUD. M. Brocq, lecteur.

Eléments anatomo-cliniques du choc nerveux. — M. POINOT. M. J. Gosset rapporte cinq observations et rappelle les éléments physiologiques essentiels du choc. Il estime que la transfusion plasmatique constitue le meilleur moyen de lutter contre le choc ; il faut y associer l'oxygénothérapie et des hypertenseurs.

M. Chevassu rappelle l'efficacité de la morphine intraveineuse.

M. Petit-Dutaillis se demande si chez certains shockés l'anesthésie générale ne peut être utilisée pour calmer l'état d'angoisse douloureuse de ces blessés.

M. Huc a obtenu un bon résultat par infiltration du sinus carotidien.

Schwannome gastrique. Ablation de la tumeur. Mort par généralisation néoplasique un an après. — M. LACOSTE. Rapport de M. Brocq qui insiste sur l'opportunité de faire des opérations larges.

L'astragalectomie temporaire subtotale dans le traitement des pieds-bots congénitaux. — M. ROCHER.

Préservation des parathyroïdes et traitement de la tétanie par la vitamine D. — M. WELTI rappelle les moyens classiques pour éviter de léser les parathyroïdes ; le seul traitement actif est constitué par la vitamine D à très fortes doses ou par le dihydrotachysterol (AT 10).

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. SORREL montre que la résection diaphysaire ne doit être faite que chez des enfants et d'une façon assez précoce (dans les semaines qui suivent le début de l'infection). L'auteur dégage les indications telles qu'il les comprend actuellement ; il s'élève contre la temporisation excessive qui expose à des fusées étendues aux parties molles. Mieux vaut faire une résection en un temps que d'être obligé à une deuxième ou à une troisième intervention.

SÉANCE DU 28 JUIN 1944.

Influence de l'opium sur le traitement de choc. — M. WELTI.

Quatre cas de hernie des disques intervertébraux. — M. ESCARRAS.

Sciatiques par hernies discales. — M. LUZUY. — M. Sicard, rapporteur, insiste sur le caractère douloureux de l'exploration au lipiodol et la nécessité de la réserver aux malades que l'on estime devoir opérer.

M. Petit-Dutaillis n'a pas eu d'incident avec le lipiodol.

A propos de deux observations de péritonite à pneumocoque diffuse opérée. — MM. P. LECLERC et HUBNER. — Rapport de M. S. Blondin. — M. J. Gosset se demande si le saupoudrage du péritoine par les sulfamides ne favorise pas l'apparition d'adhérences post-opératoires précoces.

M. Soupault ne partage pas cette opinion.

Fistule duodénale grave guérie par duodeno-jéjunostomie. — M. BADELON. — Rapport de M. Blondin. — M. Patel a utilisé dans un cas le chlorure de calcium et l'injection d'insuline, dans un autre l'aspiration duodénale continue : deux guérisons.

M. Metivet estime que toutes les fois que la bouche est bien faite la fistule se ferme seule.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. LEVEUF revient sur les dangers et les échecs de la résection et se refuse à considérer cette intervention comme l'opération de choix dans l'ostéomyélite aiguë.

Anévrisme artério-veineux du triangle de Scarpa. — M. SÉNÈQUE. — Présentation de malade.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1944.

Diabète grave après thyroïdectomie pour Basedow. Guérison par insuline et extrait thyroïdien. — MM. J.-J. HERBERT et TREPSAD. — Rapport de M. Welti.

Névrome de C3. — M. TRUFFERT.

Cancers du sein avec adénopathie ; amputation large puis roentgenthérapie ; résultats. — MM. QUÉNU et RONSIN faisant état de 128 observations dans lesquelles il y a eu examen des ganglions auxiliaires montrent que la roentgenthérapie post-opératoire faite dans les cas où il y avait envahissement des ganglions, améliore considérablement les résultats (en moyenne de 16 p. 100 de survie).

M. Roux-Berger recherche actuellement la valeur de la radiothérapie comme traitement même du cancer du sein. Cette méthode se heurte au fait que le cancer du sein est assez radio-résistant et sur la difficulté d'apprécier la stérilisation obtenue.

La place de la stomatoplastie par évidement commissural (opération de Pozzi) dans le traitement de la stérilité. — M. Rouhier présente trois observations dans lesquelles la conception suivit rapidement l'intervention.

Amputation inter-ilio abdominale pour lipocytome de la cuisse. — M. Massé. — Rapport de M. Ménégaux.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 26 MAI 1944.

Crises d'épilepsie spontanée après électro-choc. Découverte d'une tumeur cérébrale. Guérison post-opératoire : MM. J. Delay, Petit-Dutaillis, Durand et Mlle Jouannais. — Une malade après une série de 6 électro-chocs présenta des crises d'épilepsie spontanée. L'examen démontra l'existence du syndrome de Gerstmann, caractéristique d'une lésion pariéto-occipitale gauche d'origine tumorale, dont l'ablation amena une guérison complète.

Contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc : MM. J. Delay, P. Neveu, Mme Lerique-Koechlin. — Etude des modifications des ondes cérébrales pendant et après l'électro-choc. Ces modifications bioélectriques sont identiques à celles de l'épilepsie spontanée: aussi bien, convient-il de ne pas dépasser, dans une série 12 électro-chocs, la persistance des grandes ondes lentes, signes de souffrance cérébrale contrindiquant la reprise du traitement convulsivant.

Syndrome de Looser, Debray et Ouckmann. Ostéopathie de famine et ostéomalacie : de Sèze, Ryckwaert et Durand. — Trente observations nouvelles d'ostéopathie de famine dans lesquelles les fractures ou pseudo-fractures bilatérales du bassin sont associées à d'importantes déformations ostéomalaciques vertébrales ou pelviennes avec décalcification diffuse de l'ensemble du squelette.

Hernies médiastinales et pneumothorax thérapeutique bilatéral : M. Piérart. — Tuberculose du poumon droit traitée par pneumothorax artificiel. Disparition immédiate des bacilles qui reparaissent au bout de 18 mois. Une bronchoscopie permet de découvrir une sténose serrée de la bronche droite. La hernie de la plèvre droite disparaît à gauche, mais par le même collet herniaire la plèvre gauche donne à droite une hernie de 5 cm. de flèche.

Valeur pronostique dans les infections graves des nourrissons de la réponse de prothrombine à l'aspect de la vitamine K : MM. Lelong, Rossier et Soulier. — Etude des dosages de prothrombine en série dans le sang de 20 nourrissons atteints d'infection parentérales graves à type toxique ou subtoxique et recevant de la vitamine K.

Trois cas de cancer bronchique reconnus par bronchographie à la période préradiologique d'irritation bronchique : MM. Even et Lecœur relatent trois cas de cancer bronchique diagnostiqués de façon précise avant que le cancer ait donné des signes radiologiques directs ou indirects dus aux troubles de la ventilation pumonaire.

Méningite prolongée à pneumocoque. Sulfamidothérapie intensive par le 2632 R. P. : MM. Michon, Rousseaux et Verdin (Nancy). — Ce fait prouve que l'on peut donner la sulfaméthyl-pyrimidine par doses quotidiennes de 20 gr., 40 gr. et par la suite 50 gr. sans incident et avec une grande tolérance. Dans un cas cette méthode a donné des résultats très satisfaisants.

Nouveau cas de maladie polykystique suppurée opérée avec succès : MM. Rist, Pruvost, Monod et Depierre. — Jeune malade présentant un syndrome de suppuration broncho-pulmonaire fébrile. Guérison après lobectomie permettant d'intervenir rapidement en présence de lésions circonscrites et compliquées.

SÉANCE DU 2 JUIN 1944.

Un cas d'asthme équin. — M. Rist. — Observation de plusieurs d'accès d'asthme chez une femme habitant à proximité d'une caserne cavalerie.

Erythème noueux d'origine streptococcique probable. — MM. Duv et Poumeau-Delille. — Il s'agit d'un cas d'érythème noueux chez u jeune fille atteinte d'angine streptococcique et présentant des réactic tuberculiniques négatives.

Pneumothorax spontané et silicose pulmonaire. — MM. Drou Herbeuval et Faivre (Nancy). — Apparition brusque chez un mal de soixante et onze ans atteint de silicose pulmonaire d'un pneumotho limité confirmé par la radio. La vérification anatomique ultérieure v affirmer le diagnostic en montrant la concordance des images radiolo ques avec certaines bulles d'emphysème dont le poumon était couvert

Premières recherches sur la pression ventriculaire droite. — M Lenègre et Maurice. — Par leur méthode simple (introduction par u veine du bras jusque dans le ventricule droit d'une sonde souple reliée à manomètre de Claude), les auteurs mesurent cette pression et consi rent qu'elle est, en général, plus élevée qu'en position debout, ce peut expliquer la dyspnée du decubitus dans les défaillances ventriculair

Polydystrophie avec gargoylisle du type Hurler-Ellis. — MM. Jul Marie, Seringe, Maurice et Mlle Noufflard. — Cette maladie, en gé ral familiale, présente par ses symptômes de dystrophie ostéo-chondr des points communs avec la maladie de Marquis, la dystrophie polyé phisaire de Robert Clément et la polyostéochondrose de Coste et Turp La nature de cette maladie est inconnue.

SÉANCE DU 9 JUIN.

Sur la nature tuberculeuse de la péricardite constrictive. — MM. L derich, Bergeret et Varay : Homme de 43 ans, porteur d'une péric dite calcifiante à étiologie imprécise ayant nécessité une péricardecto suivie tout d'abord d'amélioration. Plus tard apparurent des abcès fro à bacilles de Koch terminés par une granulie mortelle. L'absence lésions spécifiques dans la péricardite fibreuse n'élimine par le rôle de tuberculose.

Nanisme rénal et syndrome d'hyperparathyroïdie. — MM. Drou Herbeuval et Faivre : Cas d'un jeune malade de 18 ans atteint de n nisme rénal avec léger infantilisme. L'intérêt de l'observation réside d la coexistence d'un syndrome humoral d'hyperparathyroïdie avec acido

Spondylite typhique, discite éberthienne. — MM. de Sèze et Ryc warth : Présentation d'un cas de discite typhique lombaire réalisant tableau clinique ressemblant beaucoup à un mal de Pott lombaire.

Observations sur la maladie de Little : confrontation de deux pai de jumeaux monozygotes. — M. Lamy, Mmes Pognan, Schweisgutt M. Fauvert.

Maladie hémolytique chez deux jumeaux monozygotes. — M. La Mmes Pognan, Schweisgutt et M. Fauvert : La maladie hémolytique manifeste chez ces deux jumeaux par une symptomatologie clinique humorale identique : subictère, anémie, splenomégalie, abaissement la résistance globulaire, réticuloxycose sanguine, erythioblastose méd laire.

SÉANCE DU 16 JUIN.

Les troubles de la diurèse provoquée dans le myxœdème. — MM. Decourt, Verliac et Gorin : On note chez les myxœdémateux un reta de l'élimination de l'eau ingérée, lequel s'atténue sous l'influence l'extrait thyroïdien. Il doit être imputé à un facteur humoral ou tis laire.

Première apparition de l'asthme à la suite d'injections de tuberculi — MM. Jacquelin et Turiaf : Six observations de provocation d'u crise d'asthme à la suite d'injections de tuberculine chez des mala présentant une tuberculose atypique, ce qui permet d'attribuer cette cr à un phénomène de libération et de fixation toxinique sous l'influe de la réaction locale et de concevoir la réalité d'un asthme tuberculiniq

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 20 JUIN 1944.

Rhinorrhée cérébro-spinale congénitale chez une enfant ayant présenté deux méningites à pneumocoques. Intervention chirurgicale. Guérison. — M. R. MARTIN, AUBIN, KLEIN, BOUQUET et SUREAU présentent une fillette de 5 ans atteinte à deux reprises, en juin 1943 et janvier 1944, de méningite à pneumocoques. La guérison fut obtenue la première fois par l'emploi de la sulfapyrimidine qui permit d'obtenir une concentration en sulfamides dans le liquide céphalo-rachidien de 64 milligrammes et la seconde par la méthyldiazine.

Recherchant la cause de cette méningite à répétition, les auteurs ont pu déceler une rhinorrhée cérébro-spinale. Devant le pronostic sévère de cette affection, une intervention chirurgicale a été décidée : mise à nu de la lame criblée de l'ethmoïde et oblitération d'une déhiscence constatée par un morceau de fascia lata. La guérison a été rapide et totale.

Abcès bronchectasique du poumon après amygdalectomie. Pneumothorax. — M. MARQUEZY, Mlle LADET et M. BUCH rapportent l'observation d'un abcès du poumon compliqué de dilatation des bronches mise en évidence par l'exploration lipiodolée et consécutif à une amygdalectomie. Devant l'importance des lésions qui dataient de près d'un an, les auteurs décidèrent de tenter la pneumectomie ; l'enfant mourut de choc le soir même de l'opération.

A propos d'un cas de sténose congénitale du duodenum chez un nourrisson. — M. ROCHER (de Bordeaux) fait une étude d'ensemble de la question en se basant sur un cas personnel et une statistique étrangère de 114 cas. Il insiste sur la valeur diagnostique des vomissements précoces et bilieux.

Occlusion par bride paradiverticulaire simulant un étranglement herniaire du nourrisson. — MM. CHABRUN et FÈVRE ont observé chez un nourrisson de trois mois la persistance d'un syndrome d'étranglement herniaire malgré la réduction de la hernie. Une radiographie ayant montré des signes d'occlusion du grêle, ils ont opéré cet enfant et ont constaté une occlusion provoquée par une bride unissant le cæcum au diverticule de Meckel. Guérison simple et rapide après section de la bride.

Absence congénitale des voies biliaires et division palatine. — M. DELTHIL et LAURENCE rapportent cette observation dans laquelle l'enfant a survécu pendant sept mois malgré l'absence totale de voies biliaires.

Deux cas d'ictères congénitaux par malformation des voies biliaires. — MM. THIEFFRY, LAURENCE et GORIN insistent à propos de deux cas personnels sur les éléments du diagnostic et apportent le résultat de l'étude du fonctionnement cellulaire du foie. Ils posent la question d'une altération hépatique associée à la malformation des voies biliaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE DE MEDECINE

8 *Juin*. — M. COLLANGETTES. — A propos de deux cas de syphilis hépatique.

M. ALBRESPY. — Sur le traitement de l'étranglement herniaire compliqué de lésions intestinales irréversibles.

M. BRIGNON. — Un cas rare de cancer du tube digestif. Epithélium de l'angle duodéno-jéjunal.

M. BUREAU. — Radio-diagnostic du cancer du rein.

M. GALLIOU. — Contribution à l'étude des fistules urétrales chez l'homme.

M. GRISILLON. — Anatomie pathologique et traitement de la scapulalgie.

M. LOUBIÈRE. — La cancérisation des fistules d'ostéomyélite chronique.

M. SELLE. — Résultats du traitement des cancers de l'utérus au centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu.

M. GRATSAC. — Contribution à la lutte antialcoolique par la consommation du raisin conservé.

M. NOACK. — Hygiène des piscines parisiennes depuis 1940.

M. RESCHE-RIGON. — Essai sur la psychologie de l'homme médecin devant la femme.

M. DURAND. — Les médications antihistaminiques.

M. DURVILLE. — Lumbagos et sciatiques. Leur traitement par le replacement vertébral.

M. RAMBAUD. — Traitement moderne des fissures anales.

M. REY. — Le bismuth et ses succédanés en thérapeutique gastro-intestinale.

M. SECQUES. — Contribution à l'étude des accidents rénaux de la gale.

Mlle BRETON-ROBERT. — La tuberculose et le B. C. G. à Nantes chez le nourrisson pendant les années 1936 à 1940.

Mlle CROUZATIER. — Les désinsertions extrapleurales.

M. HARDEL. — La coupe sériée des crachats dans le cancer des bronches.

M. JADOT. — Réflexions sur le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires.

M. MOMAL. — L'érythème noueux au cours des tuberculoses évolutives.

M. PERETTI. — Les injections intrapleurales de chlorhydrolactate de quinine et d'urée.

M. ALERME. — Considérations cliniques sur l'issue de vitré au cours des opérations oculaires.

M. BOUDON. — Contribution à l'étude des sarcomes choroïdiens du pôle postérieur de la région papillomaculaire.

LIVRES NOUVEAUX

Le diagnostic chimique des avitaminoses. — Techniques actuelles, par Paul MEUNIER et Yves RAOUL, Paris, Masson et Cie, 1942.

L'intérêt actuel d'une telle étude est évident. Elle conserve d'ailleurs toute sa valeur même en des temps normaux. Le diagnostic chimique est à la fois plus précis et plus précoce que le diagnostic clinique; seul il permet le diagnostic précis des avitaminoses inapparentes.

Il permet aussi de mieux diriger non seulement le traitement des cas individuels, mais encore l'application de certaines mesures de prophylaxie sociale.

R. L.

Dépôt légal 1944 : 3e trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. Le Sourd. 7-1944. Imp. de Montsouris. Paris C. O. L. 31.1113. Dépôt légal : 3e trim., n° 202. — N° d'autorisation 83.

Nº 15. — AOUT - SEPTEMBRE - OCTOBRE 1944. 117e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

LIBÉRATION

Depuis l'interruption imposée à notre journal par les Allemands, à la fin du mois de juillet les événements se sont précipités.

Sans attendre l'arrivée de nos magnifiques alliés, devançant même celle de l'armée du général de Gaulle qui, fidèle à sa promesse de rétablir la France dans son honneur et dans son intégrité, approchait à marches forcées, Paris s'est libéré lui-même.

Les Parisiens de la Résistance, à peine armés, ont attaqué la puissante Wermacht et ils l'ont fait capituler.

A leur héroïsme, à celui des F. F. I., à celui des agents de police de Paris, nous devons une victoire éclatante qui efface l'humiliation de la défaite de 1940. Nous leur devons d'avoir montré au monde le prodigieux réveil de l'énergie française.

Après quatre années d'oppression, de privations, de souffrances, de séparations cruelles et de deuils atroces, cette victoire a été accueillie avec une immense joie. A cette joie s'ajoutait une juste fierté. Paris a eu, en effet, l'émotion indicible de voir entrer à la tête des troupes alliées, la glorieuse division Leclerc, dont la marche victorieuse du Tchad à Paris, comptera comme la plus belle épopée de notre histoire.

Pendant les journées tragiques, du 18 au 25 août, est-il besoin de le dire, le personnel médical et sanitaire de Paris a été digne des combattants. Il a eu aussi ses victimes.

Au quartier latin nous avons vu de tout jeunes gens, parmi lesquels de nombreux étudiants et étudiantes en médecine, se dépenser nuit et jour pour rechercher les victimes. Ils montraient un courage, un entrain et une audace inimaginables.

Cette jeunesse elle aussi a donné le plus magnifique exemple, elle a été l'égale des héros de la Résistance. Elle permet les plus grands espoirs et sera un des meilleurs éléments de la Rénovation à laquelle nous convie, dans l'union de tous les partis, celui qui n'a jamais douté du salut de la Patrie.

L'union totale plus que jamais s'impose, car la guerre continue et nous sommes encore séparés de nos chers prisonniers...

Vive la France.

INFORMATIONS

Gouvernement provisoire de la République.

Dès la libération de Paris, le général de Gaulle avait nommé des secrétaires généraux provisoires devant rester en fonctions jusqu'à l'arrivée du gouvernement d'Alger.

M. le professeur Pasteur Vallery-Radot avait été nommé secrétaire général à la *Santé publique*, et M. le docteur Henri Wallon, secrétaire général à l'*Instruction publique*.

Dans le gouvernement d'unanimité nationale constitué par le général de Gaulle, la *Santé* a été confiée à M. François Billoux, député des Bouches-du-Rhône, le ministère de l'*Instruction publique* a été attribué à M. René Capitant, professeur à la Faculté de droit de Strasbourg-Clermont-Ferrand.

Santé publique.

Cabinet du ministre. — Ont été nommés :
Directeur du cabinet : M. le docteur E. Aujaleu, professeur agrégé du Val-de-Grâce, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.
Chef de cabinet : M. le docteur Pierre Rouquès, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
Chargé de mission : M. Gabriel Jaffres, sous-chef de bureau à l'Administration Centrale.
Chef du secrétariat particulier : M. Marcel Armand, contrôleur principal des contributions indirectes.

Conseillers techniques permanents. — Ont été nommés : conseillers techniques permanents du Ministère de la Santé publique : M. le docteur Debré, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.
M. le docteur Pasteur Vallery-Radot, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

— M. le docteur Cavaillon a repris sa place d'inspecteur général au Ministère de la Santé.
— A l'Assistance Publique, M. Serge Gas a été remplacé par M. Maurice Lévêque dans les fonctions de directeur général. M. Louis Lecomte a été nommé secrétaire général.

— M. le docteur Robert Monod, chirurgien des hôpitaux, a été nommé directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Instruction publique.

Nominations. — M. le professeur Roussy, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, vient d'être nommé recteur de l'Académie de Paris. On n'a pas oublié que M. Roussy était recteur en 1940. Par sa dignité et sa fermeté, il sut en imposer à l'envahisseur. Dans les moments difficiles qui nous attendent encore, sa présence à la Sorbonne est un sûr garant de l'indépendance de l'Université de Paris.

M. Deltheil, recteur de l'Académie de Toulouse (en captivité en Allemagne), a été nommé directeur de l'Enseignement supérieur.

Hôpitaux de Paris.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le quatrième concours 1944 s'est terminé par la nomination de M. Mathey.

Concours de l'internat (prisonniers). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :
MM. Bory, Masmonteil, Bijoux, Brac, Cirilli, Ballade, Boulard, Lacour, Hérard, Vermeil.
MM. Allary, Oteifa, Routier, Henry, Talbot, Vincens, Bourgin, Jupeau, Vissian et Pialoux.

Concours d'assistant d'oto-rhino-laryngologie (2 places). — Ce concours sera ouvert le *mercredi 25 octobre 1944*, à 9 heures, à l'Administration Centrale, Salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage.
MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 heures à 17 heures depuis le *mardi 19 septembre* jusqu'au *mardi 3 octobre* inclusivement.

Concours de Pharmacien (2 places). — Ce concours sera ouvert le vendredi 27 octobre 1944, à 14 heures.
MM. les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.
Ils devront se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, de 14 à 17 heures, depuis le mardi 26 septembre jusqu'au jeudi 5 octobre 1944 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Faculté de Médecine de Paris.

Nomination de professeurs. — Le Conseil de la Faculté a proposé à l'unanimité le 6 juillet : Pour la *chaire de Thérapeutique*, en 1re ligne, M. Guy Laroche, en 2e ligne, M. Turpin.
Pour la *chaire d'hydrologie*, en 1re ligne, M. Justin-Besançon, en 2e ligne, M. Cachera.
Pour la *chaire de pharmacologie*, en 1re ligne, M. Hazard, en 2e ligne, Mlle J. Lévy.

Nomination. — M. Moulonguet, agrégé de chirurgie a été nommé, à compter du 1er juillet 1944, professeur de technique chirurgicale. (J. O. 6 oct. 1944).

Leçon inaugurale. — M. le professeur Pierre Joannon, professeur d'hygiène et de médecine préventive, fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine le mardi 14 novembre 1944, à 18 heures.

Ecole française de stomatologie. — Par décret, en date du 26 septembre 1944, l'Ecole Française de Stomatologie est rattachée à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Concours des bourses de doctorat. — Les étudiants Français de fin 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années d'études sont informés que le Concours des Bourses de doctorat est fixé au samedi 4 novembre 1944, à 9 heures, à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine. Il est bien entendu que seuls seront admis à concourir les étudiants reçus définitivement à leur examen de fin d'année correspondant à la session de juin 1944, avec la moyenne d'au moins 6 sur 10.

La demande à concourir, sur timbre à 8 francs, accompagnée du dossier complet, devra être déposée au secrétariat (guichet n° 1) au plus tard le 15 octobre. Après ce délai, aucune demande ne sera admise. Le formulaire concernant l'établissement du dossier est à la disposition des candidats au secrétariat guichet n° 1 (de midi à 15 h.).

Facultés de province

Bordeaux. — M. Masse, agrégé, est chargé de la direction des services de médecine opératoire.

M. Loubat, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie est rangé dans la 3e classe du 1er mars 1944.

Lille. — M. Ingelrans, agrégé, est nommé provisoirement, à partir du 1er juin 1944, professeur de clinique chirurgicale infantile (dernier titulaire M. Pierre Svynghedauw, transféré).

Ecoles de médecine

Besançon. — M. Baufle, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé, à compter du 1er octobre 1944, professeur titulaire de la chaire de clinique médicale de cette école, en remplacement de M. Ledoux, retraité.

M. Baufle est nommé, en outre, pour trois ans, à dater du 1er octobre 1944, directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Ledoux, retraité.

M. Gisselbrecht, chef de travaux de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé, à compter du 1er octobre 1944, professeur titulaire de la chaire de physiologie de cette école, en remplacement de M. Limon, retraité.

Faculté de Médecine de Hanoï

Le décret du 19 octobre 1933 organisant l'école de médecine et de pharmacie de Hanoï, modifié par celui du 30 mai 1935 est complété ainsi qu'il suit :

Après l'article 17 est ajouté un article 17 *bis*, ainsi conçu :

« Le gouverneur général est autorisé à fixer chaque année, par arrêté, le nombre des étudiants à admettre en première année de médecine. Ce chiffre est fixé sur la proposition du directeur de la faculté de médecine et après consultation de l'inspection générale de l'hygiène et de la santé publique et du conseil supérieur de l'hygiène. »

Ecole africaine de médecine et de pharmacie de Dakar.

Un décret du 11 août 1944 institue à Dakar une *école africaine* de médecine et de pharmacie. Cette école comprendra trois sections : médecine, pharmacie, sages-femmes. Elle est destinée à fournir le *cadre des médecins*, pharmaciens et sages-femmes *africains* créé par un décret signé le même jour.

Un arrêté en date du 14 août porte organisation de l'Ecole de Dakar (*J. O.*, 26 août 1944).

Un décret du 17 août 1944 autorise les *médecins, dentistes* et *sages-femmes étrangers* appartenant à des missions religieuses à exercer dans les colonies et territoires sous mandat de l'A. O. F., de l'A. E. F., du Cameroun et du Togo (*J. O.*, 26 août 1944).

Service social antivénérien. — L'Office public d'hygiène sociale de la Seine recherche actuellement des assistantes sociales ou, à défaut, des aides sociales pour effectuer les enquêtes épidémiologiques prévues par la loi du 31 décembre 1942 sur la prophylaxie des maladies vénériennes.

Les candidates sont priées d'adresser leurs titres et références au médecin inspecteur de la Santé de la Seine, Office public d'hygiène sociale (9, place de l'Hôtel-de-Ville, 4e).

Nécrologie.

Médecins ou étudiants en médecine tués par les Allemands.

Audinos, Bauer (Jean-Claude), Babin, Bannetel (Henri), Butterlin, Boundongle (Jean), Caldecott, Carrier, Croquebois (André), Daix, Dervaux, Girard, Godfrain, Hauville, Jack, Labrunie, Libert, Martini (Charles), Mercier, Nancel-Penard, Picard, Pironneau (Roger), Pesque, Pouysegur, Quignard (Maurice), Robert, Roberto (Jean), Roberto (Michel), Roux (Maurice), Roy, Sauvage, Tenine (Maurice), Valois.

Brancardiers et infirmière tués

Père Aubry (Lucien) (brancardier), Denis (Emile) (brancardier), Mechin (Raymond) (brancardier), Doudot (Fernande) (infirmière).

(Liste communiquée par M. le professeur Tiffeneau.)

Nous avons encore appris les morts suivantes :

— Le docteur Jacques Arnaud, médecin directeur du Sana Mont-Blanc, à Assy, fusillé par les Allemands le 9 juillet 1944.

— Le docteur Uhmann, héros du Vercors, fusillé par les Allemands, à Grenoble.

— Le docteur Jules de Sèze, tombé sous les balles allemandes le 20 août 1944 à Paris, rue de Seine. Nous adressons à son fils le docteur Stanislas de Sèze, médecin des hôpitaux, l'expression de notre très douloureuse sympathie.

— M. Jacques Godfrain, étudiant en médecine, fusillé par les Allemands le 10 juin 1944, dans sa 23e année, à la Ferté-St-Aubin (Loiret).

— M. Georges Bailly, étudiant en pharmacie, mort pour la France, dans sa 24e année, à Paris, le 25 août 1944.

— Notre confrère et ami le docteur Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, vient d'avoir l'immense douleur d'apprendre la mort héroïque de son fils François, ancien élève de l'Ecole polytechnique, officier d'artillerie, fusillé par les Allemands le 15 août 1944, dans le Larzac. Nous adressons au docteur et à Mme Julien Huber et à leur fils, interne des hôpitaux, l'expression de notre très affectueuse et profonde sympathie.

— Rappelons enfin le souvenir des jeunes martyrs de la famille médicale, le fils du Dr Pironneau et les deux fils du Dr Monsaingeon qui, malgré leur jeune âge, furent fusillés à Paris, par les Allemands. — Les deux frères Chavasse fusillés à Marcigny. Ils étaient les petits-fils du professeur Chavasse, médecin général inspecteur, et du professeur Morin de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand.

— Notre confrère et ami le Dr Rist, membre de l'Académie de Médecine, vient d'avoir la douleur d'apprendre la mort de son fils, officier aviateur tombé pour la France, en Algérie.

— Notre confrère et ami, le Dr Tissier-Guy, a été cruellement atteint par la mort de sa fille tombée sous les balles allemandes, rue Royale, à Paris.

A l'un et à l'autre nous adressons l'expression très attristée de notre affectueuse sympathie.

— Le Dr Monier-Vinard, médecin des hôpitaux, décédé à Paris dans sa 66e année, ses obsèques ont eu lieu le 3 août en l'Eglise N.-D. de Grâce de Passy. Notre regretté collègue, premier de la promotion d'internat de 1905, avait été nommé médecin des hôpitaux en 1920. Neurologiste de grande valeur, il avait été pendant quinze ans chef de service à l'hôpital Ambroise-Paré.

— Le Dr A. Malherbe, ancien interne des hôpitaux de Paris (1891), chirurgien en chef de la clinique nationale des sourds-muets, commandeur de la Légion d'honneur.

— Le Dr Raoul Blondel, ancien secrétaire général de l'Association Internationale de la Presse médicale, aujourd'hui disparue. Blondel a tenu pendant de longues années, avec talent et autorité, la rubrique médicale de l'*Echo de Paris*. Gynécologue estimé, thérapeute très averti, il était aussi un compositeur de réelle valeur. Rappelons parmi ses œuvres la *Vision de Dante* (1901), *Circé* sur un livret du professeur Charles Richet, représenté en 1903 à l'Opéra de Monte-Carlo, enfin en 1930 à l'Opéra de Paris *la Tentation de Saint Antoine*. On lui doit aussi des poèmes symphoniques et des mélodies qu'il signa tantôt de son nom, tantôt du pseudonyme de Brunel ou de Grisel.

— Le Dr Vignalou, ancien interne des hôpitaux de Paris (1886). Il était le père du Dr Jean Vignalou, ancien interne des hôpitaux de Paris (1934).

— Le professeur Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Versailles, le 8 août 1944, dans sa 83e année.

— Le professeur Fernand Arloing, membre correspondant de l'Académie de Médecine, décédé à Lyon, le 9 septembre 1944, dans sa 68e année.

— Le Dr Pierre Wilmoth, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat, décédé à Paris, le 6 octobre 1944, dans sa 54e année.

— Le Dr Charles Maigne, tombé sous les balles allemandes, le 5 septembre 1944, à Paramé.

— Le Dr Tzélépoglou, tombé sous les balles allemandes au Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).

(*Voir suite page 238*).

REVUE GENERALE

LES FORMES OSSEUSES DES MYÉLOSES ALEUCÉMIQUES

MYÉLOSES ALEUCÉMIQUES OSTÉOPATHIQUES

par A. Guichard et G. Vignon, Lyon.

I. Généralités sur les myéloses aleucémiques.

Définition. — On sait que le tissu myéloïde engendre les érythroblastes, les myélocytes et les mégacaryocytes respectivement générateurs des hématies, des polynucléaires et des plaquettes du sang périphérique. Mais alors que ces éléments sont, pendant la vie fœtale, forgés par le foie et la rate, ils sont après la naissance uniquement formés par la moelle hématopoïétique du squelette. De cette triple constitution, de ces lieux de naissance différents et sujets à mutation, le tissu myéloïde tire ses variantes réactionnelles dont les myéloses aleucémiques forment une des modalités les plus intéressantes.

La myélose aleucémique (M. A.) est un syndrome qui se caractérise anatomiquement par une hyperplasie ou une métaplasie intense de ce système myéloïde aboutissant à la multiplication exagérée des trois familles de cette trinité tissulaire, qui se reconnaît au point de vue hématologique à l'absence de toute perturbation sanguine de type leucémique et dont la physionomie clinique, variable selon la forme médullaire ou splénique de l'affection, est à coup sûr révélée par la ponction des centres.

Historique. — En 1914, Hirschfeld crée le terme de M. A. Puis Di Guglielmo décrit la myélose chronique érythroleucémique, qu'étudient ensuite Bianchi, Gaudier, Houcke dans la thèse de Mizon.

En octobre 1932, puis en 1933, un de nous, avec Favre et Croizat, décrit la M. A. mégacaryocytaire, puis inspire à ce sujet les thèses de Dumont (1933), Gillot (1935), Aubert (1939) et Riondet (1942). Un an après notre première communication, en octobre 1933, l'école Parisienne avec P.-E. Weil, Chevallier groupe sous le nom d'érythroblastose chronique et sous un angle légèrement différent, des faits voisins.

En 1936, Chini, élève de Frugoni (Rome), puis l'Ecole de Strasbourg avec Waitz et Warter, Termié dans sa thèse, s'intéressent aussi à la question.

Symptomes. — La M. A. revêt deux aspects. Dans la « forme splénique », la splénomégalie est énorme, l'hépatomégalie discrète et il n'y a pas de ganglions. Dans la « forme médullaire » on ne trouve ni foie, ni rate, ni ganglions hypertrophiés et la ponction sternale seule fait le diagnostic.

L'Hématologie montre une leucocytose qui ne dépasse guère 20.000 et une discrète réaction myéloïde consistant en une érythroblastose constante de 5 à 30 % et aussi en une myélocytose de 3 à 20 %. Devant un tableau aussi nuancé, *la ponction des centres* emporte la conviction. Dans la « forme splénique » le splénogramme révèle l'existence d'une formule érythro-myélocyto-mégacariocytaire. Dans la « forme médullaire », la ponction sternale montre un aspect identique, évidemment beaucoup moins paradoxal dans cet organe.

L'évolution s'échelonne sur plusieurs années, coupée parfois de poussées aiguës quand la myélose subit une transformation embryonnaire ou leucémique.

Anatomiquement l'hypertrophie du foie et de la rate caractérise la forme splénique, alors que dans la variété médulaire, seule la transformation rouge framboisée de l'ancienne moelle diaphysaire jaune traduit la myélose. Les lésions microscopiques sont identiques dans les deux formes. Sur une réticulo-endothéliose splénique ou médullaire de fond, se détache la myélose, polychrome et bigarrée, avec ses îlots d'érythroblastes, ses plages de myélocytes ceinturées de polynucléaires et ses mégacaryocytes monstrueux aux noyaux bourgeonnants. Dans la forme splénique, foie et rate sont seuls constamment atteints, la moelle demeurant aplasique, hyperplasique ou lympho-monocytaire selon les cas. Dans la variété médullaire, seule la moelle est en hyperplasie hématopoïétique diffuse.

Pathogénie. — Un tel syndrome a été considéré par P.-E. Weil comme traduisant un retour à l'hématopoïèse fœtale, ce qui expliquerait la forme splénique. Une réviviscence embryonnaire, mais arrêtée au stade post-natal, rendrait aussi bien compte de la forme médullaire pure.

Etiologie. — En tout cas la M. A. est un syndrome qui s'observe à tout âge et à l'origine duquel on a pu incriminer le benzol, la tuberculose, une furonculose grave. On a pu la reproduire expérimentalement par la saponine (Firkett), l'association saponine-Thorium X (Croizat, Guichard et Gillot), la trypanosomiase (Chini).

Ainsi, contrairement aux vues de l'école italienne qui, avec Ferrata envisage la M. A. sous un aspect « restrictif », exigeant un hémogramme absolument muet, nous considérons que le domaine de cette affection doit avec avantage être « élargi ». A la forme splénique, la seule approuvée, nous avons plus haut ajouté la variété médullaire pure et nous allons leur adjoindre les formes osseuses proprement dites.

II. Les formes osseuses des myéloses aleucémiques

(Myéloses aleucémiques ostéopathiques).

Il est certaines observations dans lesquelles la M. A. se double d'une ostéopathie qui la masque ou qui est au contraire cachée par elle.

En 1933, dans la thèse de Denoyel, en 1934, puis en 1943 dans la thèse de Buisson, l'un de nous a décrit ces deux variétés d'ostéopathie, raréfiante et condensante, diamétralement opposées, qui se couplent aux deux formes de la M. A. pour réaliser des entités anatomo-cliniques spéciales. En effet, à la forme médullaire pure répond une ostéose raréfiante ou ostéomalacique alors qu'à la forme splénique s'associe l'ostéose condensante marmoréenne.

a) *La M. A. décalcifiante à forme ostéomalacique.*

C'est la dernière née des M. A. ostéopathiques. L'un de nous l'a individualisée en 1933 à l'aide d'une observation personnelle, rapprochée de celles de Meek, Dwijkoff, Grulée, Apfelbach et Lemaster. Il en a relaté en 1941 un nouveau cas, ainsi que Bertoye Revol et Bégule.

Anatomiquement l'ostéose décalcifiante frappe les segments osseux hématopoïétiques (vertèbres, plastron sterno-costal, bassin) qui deviennent fragiles, dont les travées osseuses pauvres en calcium s'amincissent et dont les canaux de Havers s'agrandissent.

Parallèlement dans les mêmes os, la myélose se reconnaît à l'aspect rouge framboisé de la moelle. Le foie et la rate ne sont pas atteints. C'est la « variété médullaire pure » de la M. A.

Microscopiquement la moelle semble normale, puisque les trois éléments de la série myéloïde sont présents dans leur proportion habituelle. Mais l'extraordinaire densité des éléments normaux, la disparition de toute parcelle adipeuse, la confluence des vaisseaux sanguins différencient cette myélose globale de la moelle normale.

Et l'on s'explique qu'une pareille hyperplasie, si proche de l'état normal, soit incapable de perturber le sang périphérique et que partant, la myélose reste aleucémique. Cependant l'on conçoit fort bien que, si à un moment donné, certains éléments myéloïdes subissent une différentiation, à prédominance myélocytaire par exemple, la M. A. puisse envahir le sang circulant et suivre une évolution mortelle.

Ainsi ostéose et myélose marchent de pair sur un même organe qui réagit en donnant naissance à un tableau clinique spécial.

Cliniquement la M. A. décalcifiante emprunte le visage de la Grande Ostéomalacie avec ses douleurs osseuses, son impotence fonctionnelle, ses déformations du tronc, son télescopage de la colonne, sa scoliose à grand rayon, ses fractures spontanées. La radiographie montre la pâleur des os, les tassements rachidiens, les vertèbres de poisson, les disques en lentille biconvexe et les calcifications viscérales. Parfois le tableau est plus fruste : seules des algies pscudo-rhumatismales, cédant à la vitamine D une décalcification discrète signent l'ostéoporose.

Mais l'absence de toute autre cause, telle que gravidité, puerpéralité, sénilité et lésion endocrinienne, l'évolution rapide en quelques mois de cette ostéomalacie doivent faire rechercher la myélose responsable, par l'hématologie.

Celle-ci montre un sang strictement normal, l'aleucémie est absolue, la ponction sternale révèle un myélogramme de formule normale, mais l'extraordinaire densité des éléments hématopoïétiques est frappante.

L'évolution s'échelonne sur plusieurs années, mais elle est coupée parfois d'épisodes tels que agranulocytose, subleucémie à myéloblastes, anémie ou cryptoleucémie aiguë qui entraînent la mort et signent la nature hématopoïétique de cette ostéopathie.

b) *La M. A. ossifiante à forme marmoréenne.*

Bien que signalée dans plusieurs observations, la M. A. ossifiante ne fut étudiée dans son ensemble qu'en 1931 dans la thèse de Dénoyel. Depuis, Waitz et Warter, Libendoom, Boidin, Bousser et Delzant, Dechaume, Croizat, Girard et Guinet, l'un de nous avec Féroldi en ont rapporté plusieurs cas réunis dans la thèse de Buisson. Nous proposons aujourd'hui ce terme de myélose aleucémique ossifiante marmoréenne qui a l'avantage de s'opposer point par point à la forme précédente et qui nous paraît préférable à celui d'ostéosclérose, imprécis et inexact.

Anatomiquement l'ostéose condensante se localise aux mêmes articles que la myélose ostéomalacique. Mais les os, blancs comme l'ivoire et durs comme la pierre, ont des corticales très épaissies aux travées surcalcifiées, qui réduisent les espaces médullaires à un fin pointillé. La myélose par contre n'a pas la même topographie que dans l'ostéose décalcifiante. Délaissant le squelette, dont la moelle est généralement aplasique, elle se localise sur le foie et la rate. C'est la « forme splénique » de la M. A. avec sa rate énorme de plusieurs kilos, bourrée d'infarctus. Microscopiquement foie et rate sont le siège de la myélose globale tripartite et jouent ainsi le rôle d'une véritable moelle hématopoïétique en miniature.

Dans certains cas il peut se produire des différentiations histologiques partielles qui prédominent soit sur les érythroblastes (et c'est la myélose érythroblastique ou érythrobastose chronique de P.-E. Weil) soit sur les myélocytes (et c'est une tradition avec la crypto-leucémie myéloïde) soit enfin sur les mégacaryocytes (et c'est la M. A. mégacaryocytaire de Favre, Croizat et Guichard).

Ainsi la myélose reste hépato-splénique et respecte l'os qui subit la métaplasie marmoréenne, d'où le *tableau clinique spécial* d'une affection qui se présente comme une maladie sanguine dissimulant dans son ombre l'ostéopathie latente. La splénomégalie est énorme, encombrant l'abdomen. Le foie est gros. Il n'y a pas de ganglions. L'ostéopathie silencieuse évoluant sans douleurs ni déformations, demande qu'on la recherche, par des *radiographies* systématiques : colonne, plastron sterno-costal, bassin gardent leur forme mais leur opacité est accrue et toute trabéculation à leur niveau a disparu. C'est l'os d'ivoire des négatifs ou os d'ébène des positifs, caractéristiques de la maladie des os de marbre ou des hommes de pierre.

Hématologiquement le taux des globules blancs reste normal, mais une certaine réaction myéloïde du sang est constante, faite d'une érythroblastose et d'une myélocytose modérées. La ponction de la rate dévoile la triple métaplasie érythroblasto-myélocyto-mégacaryocytaire, alors que la dureté osseuse rend impossible la ponction sternale.

L'évolution de cette forme est extrêmement lente, s'étendant sur plusieurs années. Quelques variantes hématologiques peuvent alors s'observer et la myélose se présenter soit sous le masque d'une polyglobulie apparente, soit, lorsque à la dyshématopoïèse et au syndrome hémolytique s'ajoute l'ostéopétrose, sous la figure d'une anémie importante.

Ainsi les deux variétés de M. A. semblent s'opposer. La M. A. ostéomalacique frappe les deux constituants de l'os (moelle et charpente calcique) et se présente comme une ostéopathie qui voile la maladie sanguine. La M. A. marmoréenne au contraire atteint le couple hépato-splénique et la charpente de l'os, en respectant sa moelle et se présente comme une hémopathie primitive avec ostéose latente.

En réalité ces deux formes se ressemblent singulièrement. Frappant les tissus osseux et hématopoïétiques, elles représentent chacune une double maladie de système, une hémopathie ostéotrope. Et du point de vue étiologique, patbogénique et nosologique les plus grandes similitudes les réunissent.

Etiologie. — La rareté des M. A. ostéopathiques est certaine, mais elle pourra se réduire avec la pratique systématique des examens osseux et sanguins. La M. A. ostéomalacique paraît la plus rare, puisque nous n'en avons retrouvé que 7 cas. Elle semble résumer toutes les formes médullaires pures de M. A., car aucune observation de celles-ci n'a encore été relatée avec squelette intact.

La M. A. marmoréenne est relativement plus fréquente et nous en avons colligé 32 observations, mais il est assuré que certaines M. A. à forme splénique évoluent sans le moindre retentissement osseux. Quant aux causes et notamment à la tuberculose, que l'on a pu incriminer à leur origine, elles apparaissent encore non prouvées.

Pathogénie. — Quels sont les rapports qui unissent ostéose et myélose ? Dans la M. A. ostéomalacique, c'est la myélose qui commence. Son intensité, la survenue possible d'accidents sanguins prouvent la préséance de l'bémopathie sur l'ostéose systématisée aux organcs déjà frappés par la myélose.

Dans la M. A. marmoréenne, l'ostéopétrose étoufferait la moelle et provoquerait la myélose hépato-splénique vicariante. Le fait peut être soutenu pour la maladie d'Albers Schoenberg, mais dans nos cas la myélose doit être regardée comme contemporaine de l'ostéose ou peut-etre même antéricure à elle. Il s'agit bien d'hémopathie ostéotrope.

La pathogénie de l'ostéose est des plus vagues. L'hyperplasie myéloïde, par sa vaso-dilatation, peut-elle entraîner de la décalcification ? D'autre part l'aplasie médullaire trop prolongée, provoquée par une reviviscence fœtale, peut-elle aboutir à l'ostéopétrose ?

Nosologie. — En tout cas il est intéressant d'étudier la place de la M. A. dans le cadre des ostéo et des hémopathies.

a) La connaissance de la M. A. contribue au démembrement des *ostéopathies primitives*. L'ostéomalacie, syndrome aux origines diverses, l'ostéopétrose, affection idiopathique ou par trouble du métabolisme calcique, doivent être considérées parfois comme des ostéopathies d'origine sanguine.

b) *Les rapports de la M. A. avec la leucémie myéloïde* doivent être étudiés en général et pour les formes osseuses en particulier. Pour la plupart des auteurs, les deux affections sont étrangères l'une à l'autre. La discrétion des lésions de la M. A., son évolution prolongée, la prédominance hépato-splénique et son aplasie médullaire s'opposent au caractère envahissant et massif, à l'allure rapide et à la prédominance médullaire de la leucémie myéloïde.

Mais les deux affections possèdent chacune leur forme médullaire pure et splénomégalique et il est possible que certaines M. A. puissent par excessive prolifération de leurs éléments myélocytaires se muer en une véritable leucémie myéloïde. Pour nous-mêmes les M. A. seraient des « leucémies retardées ».

Par contre, si beaucoup de M. A. s'accompagnent d'ostéopathie, les véritables leucémies qui engendrent de pareilles lésions sont exceptionnelles et bien souvent d'ailleurs dans ces cas s'agirait-il de la simple transformation leucémique terminale d'une M. A. D'autre part, alors que ces dernières donnent des ostéoses généralisées, les leucémies provoquent des lésions osseuses parcellaires, localisées, difficiles à déceler. Donc la grande ostéopathie associée représente un trait spécial des M. A. qui manque à la leucémie myéloïde.

c) Les rapports des M. A. avec les *cancers secondaires des organes hématopoïétiques* méritent d'être précisés. On sait que ces derniers, bien étudiés par Paviot et Levrat, Paviot, Guichard et Pauchu, engendrent une vraie myélose tripartite avec grosse rate et anémie érythroblastique, qui peut s'accompagner d'une ostéose décalcifiante ou ossifiante. Tout se passerait comme si le cancer en se généralisant à la moelle hématopoïétique provoquait une hyperplasie myéloïde accompagnée de décalcification ou d'ossification, créant une M. A. ostéopathique paracancéreuse. Ainsi le cancer apparaîtrait comme une cause certaine de ces M. A. ostéopathiques d'étiologie généralement inconnue.

d) Si l'on peut ranger les cancers secondaires des organes hématopoïétiques parmi les formes osseuses des M. A., il faut certainement séparer ces dernières des *myélomes osseux multiples*. En effet, la décalcification nodulaire et localisée, la prolifération cellulaire monomorphe du myélome s'opposent en tous points à la décalcification diffuse et à l'hyperplasie polymorpbe de la M. A. (1).

Par contre, la myélomatose décalcifiante diffuse de Weissenbach et Lièvre, Bertoye, Revol et Bégule, rentre à notre avis dans le cadre des M. A. ostéomalaciques.

Ainsi, les myélomes osseux mis à part, M. A. à traduction osseuse, leucémies à forme ostéomalacique ou marmoréenne, anémie splénique cancéreuse avec ostéose raréfiante ou condensante, forment trois exemples démonstratifs de ces très curieux processus qui atteignant le squelette dans ses tissus constitutifs hémoformateur et ostéopoïétique et donnant naissance à une double maladie de système méritent l'expression *d'hémopathie ostéotrope*.

Traitement. — Mais l'association à la myélose d'une ostéopathie complique le problème thérapeutique, car le même agent peut être utile pour l'os et nocif pour le sang.

Dans la forme médullaire pure de la M. A. ostéomalacique, la vitamine D et les ultra-violets seront mis en œuvre. La radiothérapie du squelette paraît indiquée, car elle tend à la fois à supprimer l'hyperplasie myéloïde et à recalcifier l'os. Mais on doit l'employer avec précaution à cause de son rôle favorisant sur la transformation aiguë, bien connue dans les leucémies chroniques.

Dans la forme splénique de la M. A. marmoréenne, le problème est plus complexe. La radiothérapie du squelette freinerait bien l'hyperplasie hématopoïétique, mais ne ferait qu'accroître l'ostéose et augmenter la myélose de la rate. De plus, si la moelle est aplasique, elle peut entraîner des désastres. Appliquée sur le foie ou la rate elle tend à priver l'organisme du seul foyer d'hématopoïèse vicariante qui puisse suppléer une moelle déficiente. L'association d'une thérapeutique décalcifiante parathyroïdienne à l'hémothérapie humaine pourrait rendre service dans ce cas.

Enfin, dans la M. A. décalcifiante paracancéreuse, un traitement prolongé à la vitamine D peut entraîner une certaine sédation des douleurs osseuses.

BIBLIOGRAPHIE

Buisson Th. Lyon 1943: Les formes osseuses des Myéloses aleucémiques.
Guichard A. : Les hémopathies ostéotropes : Journal de Méd. de Lyon, 21 février 1944, p. 117-131.
Quénard : Th. Lyon 1943 : Les hémopathies ostéotropes.

(1) Pour l'étude des Myélomes, se reporter à la Revue générale de MM. Jeanneney, Goumain et Tingaud, *Gaz. Hôp.*, n° 8, 15 avril 1944.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS
quant à l'Action de la Colchicine SUR LA RADIO-SENSIBILITÉ DES TUMEURS MALIGNES

par Ernest Huant.

Dans un premier travail paru dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 février 1944, nous avions exposé les résultats d'ensemble de nos premières recherches relatives à l'action de la colchicine sur la radio-sensibilité des tumeurs malignes. Notre technique d'injection intra-veineuse de 4 mmgr. d'alcaloïde quelques heures avant l'application rœntgenthérapique nous a permis de noter un certain nombre de résultats vraiment dignes d'intérêt et parfois surprenants. Nous renvoyons le lecteur à cette première publication, résumant 4 années de recberches, ne pouvant aujourd'hui, par suite du cadre plus que limité imposé par les circonstances, en donner une analyse complète même très succincte.

Nous voulons aujourd'hui préciser un certain nombre de données supplémentaires sur ce problème, qui nous paraissent s'être précisées à travers nos observations suivies, depuis la date où nous avions composé notre premier travail (octobre 1943).

1° Importance de la réaction asthéno-thermique post-colchicinique chez certains cancéreux traités.

Nous avions noté une élévation thermique assez fréquente, parmi les réactions d'ordre général pouvant se produire après l'injection d'alcaloïde. Elle s'accompagnait parfois de céphalées, nausées, diarrhées légères, mais presque toujours d'une asthénie marquée durant quelques heures obligeant parfois le malade à s'aliter momentanément. Toutes choses qui étaient d'ailleurs accusées par le malade lorsque nous l'examinions à la séance de radiothérapie suivante, et parmi lesquelles il était difficile de discriminer, à priori, ce qui pouvait relever d'une intolérance légère aux rayons X, ou d'une susceptibilité individuelle à la colchicine.

Cependant une chose nous avait déjà frappé : c'était une manière de *rythme assez constant* dans l'apparition et la durée de la réaction asthéno-thermique. Des malades ayant reçu leur dose d'alcaloïde vers 9 h. du matin et leur dose de rœntgenthérapie (250 à 350 r.) entre midi et 1 h., ressentaient vers 3 h. à 4 h. de l'après-midi, une dépression générale marquée et une montée thermique vers 38°-38°5 parfois 39° et 39°5, poussée qui durait la soirée, une partie de la nuit et s'affaiblissait au cours du lendemain. Le surlendemain (c'est-à-dire à la séance suivante de leur traitement) toujours et sans aucune exception, cette réaction avait complètement disparu, et recommençait à la nouvelle journée de traitement suivant un rythme à peu près identique, s'atténuant parfois vers la fin de la série.

Quand, frappé par la persistance et l'analogie de ces déclarations, nous les avons fait vérifier par des prises régulièrement espacées de température, nous avons pu en même temps constater :

a) que les mêmes malades n'accusaient presque jamais, ni nausées, ni céphalées, ni diarrhées, ni courbatures, ni aucun signe d'intoxication colchicinique, même légère ;

b) que ceux d'entre eux qui avaient subi antérieurement une série rœntgenthérapique identique — mais sans alcaloïde — n'avaient *jamais* présenté une réaction analogue;

c) que ceux d'entre nos malades en état de cachexie avancée, ou de métastases généralisées, ne présentaient pas de réaction aussi nette;

d) que dans les rares cas, où par suite de circontances fortuites, tel malade avait eu simplement l'injection d'alcaloïde sans rœntgenthérapie consécutive, la réaction asthéno-thermique s'était parfois révélée mais était aussi passée inaperçue, et en définitive n'avait jamais eu cette netteté et cette régularité que nous avions pu observer dans l'association de l'alcaloïde et des rayons X.

Il nous est donc apparu que cette réaction pouvait être en rapport avec l'action du poison caryoclasique sur la tumeur, préalablement à la radiothérapie.

Peut-on aller plus loin et établir un certain *rapport entre l'existence de cette réaction et le résultat thérapeutique?* Nous noterons simplement ici nos résultats observés depuis octobre 1943, où nous avons repris systématiquement l'étude de cette réaction.

Nous l'avons observé nettement dans :

3 cas de métastases rachidiennes d'épithéliomas du sein;
4 cas de métastases rachidiennes d'épithéliomas utérins;
2 cas de métastases coxales d'épithéliomas utérins;
3 cas de néos d'amygdale avec adénopathies;
2 cas de tumeurs ganglionnaires avec compression vasculaire;
1 cas de métastase pulmonaire d'origine laryngée;
1 cas de métastase pulmonaire d'origine médiastinale.

Dans tous ces cas le résultat thérapeutique nous a paru nettement satisfaisant (à l'échelle bien entendu des résultats habituellement observés dans ce domaine). Sur onze cas parmi ces seize, nous avons pu apprécier plus nettement ce résultat, par comparaison avec des séries de R X antérieures, sans injections préalables d'alcaloïde.

Cependant, en nous reportant aux résulats d'ensemble publiés dans notre premier travail, nous ferons remarquer que des résultats nettement améliorés se sont déjà produits sans que la réaction asthéno-thermique nous soit nettement apparue (peut-être d'ailleurs parce que nous ne la faisions pas systématiquement rechercher). Et maintenant encore, dans nos observations actuelles, des non-concordances du même ordre nous apparaissent mais plus rarement.

Tout ce que l'on peut donc dire au stade actuel de la question, c'est que la réaction asthéno-thermique, telle que nous l'avons décrite plus haut, apparaît avec une fréquence de l'ordre de 60 % des cas et semble bien liée à une action de l'alcaloïde sur la tumeur, prolongée et amplifiée par l'action énergétique. Elle semble être un *facteur de présomption* en faveur d'un résultat plus favorable, son absence n'indiquant pas fatalement un résultat moins favorable.

S'agit-il d'une réaction générale de l'organisme vis-à-vis des produits de lyse résultant du double processus stérilisant, ou bien le blocage spécial des cinèses tumorales par l'alcaloïde aboutirait-il à une *mise en liberté de substances spéciales, à action indirecte*, plus ou moins activées par l'énergie roentgénienne (directe ou dégradée) ? La quetion reste posée et seuls des dosages de laboratoire pourront la trancher.

Inutile de souligner le grand intérêt que présenterait la seconde alternative que nous nous proposons d'ailleurs d'explorer actuellement par certains dosages sérologiques et l'épreuve thérapeutique des tests hémothérapiques.

2° Confirmation de l'action rapide dans les syndromes de compression tumoro-ganglionnaires.

Depuis la composition de notre premier travail, nous avons observé 8 nouveaux cas de compression des membres par métastases ganglionnaires ou tumeurs ganglionnaires primitives : métastases de sein, utérus, sarcome de la hanche, épis primitifs de ganglions inguinaux. Sur ces 8 cas, 6 avaient déjà subi pour les mêmes signes de compressions, des séries antérieures de roentgenthérapie pénétrante : 3 avaient réagi favorablement, 1 médiocrement, 2 cas s'étaient montrés résistants.

A la reprise du traitement avec injection préalable de colchicine, les 3 cas indifférents ont réagi très favorablement et relativement vite : fonte commençant vers la 5e, 6e séance, se complétant vers la 8e ou 10e. Répétons une fois encore, que fidèle au principe absolu que nous avons préalablement formulé, nous complétons toujours la dose énergétique comme si les R X étaient seuls à agir.

Sur les 3 cas se présentant comme des récidives nettes : 2 ont été très favorablement influencés, 1 beaucoup moins (et il s'agissait d'un ancien épi utérin en cachexie avancée). Enfin les 2 cas « neufs » ont réagi à peu près de la même manière favorable que les 3 cas rebelles notés plus haut, mais leur action est évidemment moins probante que pour ceux-ci, étant donné qu'il n'y a pas eu d'épreuve antérieure à la radiothérapie seule.

Quant à la durée de ces résultats, nous manquons évidemment du recul nécessaire, ne pouvant juger pour cette série que dans des intervalles de 3 à 8 mois. Dans ce laps de temps, 1 seul cas a manifesté une récidive nette : nous venons de le traiter suivant la même technique : le résultat a été aussi rapide que la première fois. Amenant une fonte considérable d'un très gros œdème du membre inférieur, supprimant les douleurs de compression, et surtout rendant la marche possible. Ne serait-ce que pour ce dernier avantage, le résultat si partiel fût-il mérite bien d'être pris en considération.

D'une façon générale, nous pensons que cette possibilité d'action sur des cas de récidives, légitime l'emploi de notre méthode dans les *divers cas de radio-résistance* après des séries antérieures de RX. Il nous paraît y avoir là une arme en réserve, qui, dans ces cas particulièrement complexes au point de vue thérapie, mérite d'être essayée.

Ajoutons enfin que pour la même série de masses ganglionnaires, des résultats publiés dans notre premier travail se maintiennent sans nouvelle poussée depuis 1 an 1/2.

3° Les variations du cinétisme tumoral.

Le poison caryoclasique, en même temps qu'il amplifie par son action excito-mitotique les possibilités offertes à l'énergie roentgénienne, peut modifier le cinétisme propre des tumeurs. A vrai dire, d'autres agents réalisaient déjà un effet analogue, et tous les radiothérapeutes ont depuis longtemps décrit l'effet de stimulation produit par des doses trop faibles de rayons X, et les catastrophes qu'une technique trop timide peut dans certains cas déclencher. De même Peyron avait déjà signalé, que chez l'animal des applications locales d'alcaloïde, tout en ayant un effet stérilisant indéniable « *in situ* » semblaient parfois réveiller de nouvelles poussées à distance. Il attribuait ce fait soit à un jeu de compensations biologiques — assez mystérieux dans son essence, ce qui d'ailleurs ne l'empêcherait pas de pouvoir être parfaitement réel, — soit encore à l'action stimulatrice de très faibles doses d'alcaloïde passées dans la circulation générale. (On voit ici l'analogie, avec de trop faibles doses de rayons X ou même avec l'action possible du rayonnement diffusé.) Biologiquement cette seconde façon de voir n'a rien que de très acceptable et c'est pourquoi nous nous sommes attachés à ne jamais conseiller une action locale *isolée* mais à faire toujours administrer en même temps une dose intraveineuse suffisante pour éviter tout effet possible de stimulation éventuelle.

Cependant en clinique les choses peuvent se trouver modifiées, soit par l'évolution même de l'affection, soit par des circonstances fortuites perturbant le plan de traitement établi. Ainsi peuvent se réaliser dans quelques cas des conditions *presque expérimentales*, où vont apparaître de *véritables fluctuations du cinétisme tumoral* sous le double jeu de la tendance évolutive d'une part, des doses d'alcaloïde et de rayonnement d'autre part. Ces variations intéressantes au plus haut point en elles-mêmes peuvent aussi permettre des déductions thérapeutiques utiles. C'est pourquoi nous allons en citer ici deux observations particulièrement typiques.

Observ. 1. — Voici Mme B..., femme de 39 ans, qui nous est adressée du service du Prof. Vallery-Radot, en novembre 1943, pour des signes de compression phrénique en rapport avec des métastases médiastinales d'un néoplasme du sein opéré en 1939.

Dans un premier temps de traitement, nous irradions ces formations avec 4 champs croisés 2.000 r par champ à 250 KV. Les résultats sont satisfaisants, surtout au point de vue symptomatologique; l'oppression disparaît — et n'est jamais reparue depuis — l'état général se relève. La malade quitte l'hôpial et rentre chez elle. Comme tous les cas de ce genre nous la suivons de mois en mois. En janvier 1944 nous constatons que l'état général s'est encore relevé, l'image pulmonaire encore en légère régression. Mais la malade nous demande de lui traiter ses « boutons » de la tête qui sont en réalité des *métastases cutanées* du cuir chevelu se présentant sous forme de 3 éléments allant des dimensions d'une pièce de 2 francs à celle d'une pièce de 5 francs, l'un à la nuque, l'autre au sommet de la tête, se présentant comme des plaques ulcérées et sanieuses d'aspect nettement cancroïdal, le troisième, intermédiaire, croûtelleux et encore non suintant. La malade nous rappelle, ce que son médecin nous avait déjà déclaré, que l'un d'eux existait déjà en novembre. A ce moment l'importance immédiatement vitale du traitement médiastinal les avait relégués au second plan.

Nous décidons alors de traiter le plus important par la seule radiothérapie et nous lui appliquons 2.500 r à 200 KV en 10 séances. Dès la fin de la série, nous constatons un bon début de cicatrisation, et renvoyons la malade à trois semaines plus tard pour juger du résultat.

A ce moment, l'élément traité apparaît desséché, mais se présente avec un aspect en relief, boursouflé, nettement angiomateux. Les deux autres éléments ont toujours leur aspect primitif, le 3e commençant à s'ulcérer et à suinter. Comme la malade se refuse catégoriquement à toute « piqûre » intraveineuse, nous associons à la radiothérapie des applications locale d'un collutoire à la colchicine (5 gouttes = 1 mmgr.) : application 3 heures avant les R X, lesquels sont faits aux mêmes doses et rythme que pour l'élément précédent.

Les résultats sont alors surprenants : la cicatrisation commence plus rapidement, et *apparaît presque complète* à la fin de la série. Trois semaines après, nous revoyons de nouveau la malade, la cicatrisation donne une plaque bien plane, souple, légèrement rosée, non angiomateuse, aspect contrastant absolument avec l'aspect bourgeonnant et télégianectasiée du premier élément, qui nous paraît d'ailleurs non fixé au point de vue évolutif. La photographie de ces trois éléments s'imposait et nous aurions aimé la reproduire ici.

Mais à cette phase, nous remarquons que se dessinent en divers points

du cuir chevelu, *plusieurs petits nodules métastatiques.* Il apparaît impossible de dire s'ils correspondent à une évolution « normale » de l'affection, ou à une stimulation de voisinage que l'on pourrait aussi bien attribuer à la diffusion extrêmement fractionnée de la colchicine locale, ou au rayonnement secondaire issu des zones tégumentaires directement irradiées. Etant donné la stérilisation d'apparence parfaite des deux derniers éléments, on ne pourrait concevoir cette stimulation qu'à travers des foyers métastatiques latents préexistants ou que liée à un reliquat d'activité du premier élément insuffisamment stérilisé.

Quoi qu'il en soit, étant donné que pendant tout ce temps l'image médiastino-pulmonaire est restée rigoureusement fixe — ou plutôt avec une légère tendance régressive, — il semble bien qu'il n'y ait eu aucune action de stimulation générale par des doses infimes d'alcaloïde passées dans le torrent circulatoire, comme celle relatée dans les expériences de Peyron sur le lapin. Nous savons bien que là il y a eu l'action surajoutée de la radiothérapie, mais nous maintiendrons jusqu'à plus ample informé notre réserve de prudence rappelée plus haut.

L'histoire de notre malade ne s'arrête pas là : au début d'avril, suivant un plan prévu, nous entreprenons une deuxième série radiothérapique médiastino-pulmonaire, et nous parvenons en même temps à faire accepter par notre sujet quelques intraveineuses d'alcaloïde. A la 4[e] séance, les petits nodules commencent à s'estomper, et disparaissent à la 7[e], soit en 14 jours. Or nous avions bien réservé la radiothérapie aux seuls champs pulmonaires, *sans aucune irradiation céphalique.* Il s'agirait donc là d'un effet, surtout alcaloïdique, mais peut-être sur un terrain préparé par les traitements antérieurs, ou peut-être aussi en couplage avec une action indirecte du traitement radiothérapique pratiqué en même temps sur d'autres segments organiques.

Si le fait est net, son interprétation est évidemment complexe. Peut-être le lecteur s'étonnera-t-il que nous ne cherchions pas d'éléments de comparaison avec des traitements alcaloïdiques purs, mais il comprendra aisément qu'un souci très élémentaire s'impose à nous : ne jamais priver le malade du bénéfice éventuel qu'il est en droit d'attendre du traitement radiothérapique conduit comme s'il était le seul. Ainsi des comparaisons de ce genre, jusqu'à nouvel ordre, ne pourront résulter que de circonstances fortuites ou que de l'impossibilité absolue de pratiquer la radiothérapie.

En résumé, dans le cas présent, il est bien certain que les fluctuations des métatases superficielles passaient d'abord au second plan, vis-à-vis des néoformations médiatino-pulmonaires ; mais un fait domine, c'est la *facilité relative* avec laquelle ces métastases ont pu être endiguées, *l'état général restant toujours bien relevé.* D'autre part, cette observation nous permet de constater d'intéressantes fluctuations du cinétisme tumoral dont les différents aspects montraient bien sa réaction sous les effets du traitement conjugué alcaloïdo-roentgenthérapique.

Observ. II. — Mme Lebr..., 52 ans. Epi du col traité au radium en 1939. Vient nous consulter à l'hôpital Bichat en novembre 1943 pour métastases de la hanche gauche. Sur cette hanche, nous appliquons, du 4 au 21 janvier 1944, 5.400 r en 2 champs. Progrès nets constatables radiologiquement, se traduisant cliniquement par une très forte amélioration de la marche.

Début mars 1944 apparaît un volumineux œdème massif très douloureux de tout le membre inférieur droit, traduisant un évident syndrome de compression abdominale, malgré l'absence de ganglions perceptibles. Marche impossible. Douleurs même au repos alité.

Nous instituons alors une série de colchicine avec reprise de la radiothérapie, non pas à droite où nous ignorons tout de la localisation compressive, mais à gauche sur la même hanche que précédemment, car l'image radiologique que nous examinons systématiquement montrait une légère reprise de l'évolution, contrastant d'ailleurs avec l'amélioration clinique persistante au niveau de cette hanche : 2.500 r en un seul champ, latéral.

Dès la 5[e] injection, fonte rapide de l'œdème D., cessation des douleurs, marche très rapidement redevenue possible, au membre droit, et à la fin de la série de nouveau amélioration radiologique à la hanche G.

La diminution rapide et complète de l'œdème de compression est d'autant plus digne d'être notée qu'*aucun segment abdominal ou autre n'a été directement irradié à droite.*

Mais un mois après, la malade revient, se plaignant que la même « jambe » droite recommence à enfler, et déclarant en même temps que sa « jambe » gauche va « de mieux en mieux »... Effectivement, une nouvelle radio montre encore une image améliorée. L'œdème droit est important mais moins volumineux que la première fois.

Nous pouvons, dans ce cas, nous rappelant qu'il n'y a pas eu d'irradiation directe à droite, penser que l'action de la colchicine seule a été insuffisante pour la fonte définitive des masses compressives, ou penser à l'apparition d'autres métastases au même niveau. Nous rappelant que dans notre première série d'observations, des masses ganglionnaires traitées à la colchicine et convenablement irradiées ont fondu, sans récidives, depuis plus d'un an, nous penchons plutôt vers la première hypothèse. Nous avons donc repris pour cette malade une irradiation copieuse de la fosse iliaque D et du triangle de Scarpa, précédée des injections habituelles d'alcaoïde. La fonte de l'œdème s'est manifestée à la 4[e]-8[e] séance, et s'est poursuivie rapidement. Les choses en sont là depuis 1 mois 1/2. Là encore, pendant toute cette évolution, l'état général s'est maintenu relativement bon.

Tous ces faits de variations du cinétisme tumoral sous l'action conjuguée du poison caryoclasique et de l'énergie radiante nous paraissent particulièrement intéressants à des titres divers :

— D'abord s'ils permettent d'entrevoir, dans certains cas, une dissociation de l'action de l'un ou l'autre agent, ils montrent que cette action est d'autant plus nette et surtout plus durable, s'ils peuvent s'associer suivant un rythme déterminé, et peut-être variable d'une tumeur à l'autre.

— Ensuite, ils confirment que l'alcaloïde peut fournir, dans certains cas, une arme précieuse et nouvelle pour endiguer ou réduire des variations de cinétisme parfois spontanées, mais parfois aussi apparaissant comme une réaction de la néoformation à l'action énergétique.

— Enfin, certains faits dont nous venons de citer quelques exemples, montreraient que l'agent caryoclasique pourrait peut-être mettre en évidence — et même faire utiliser davantage — une action *indirecte* du rayonnement, action dont la réalité est pressentie par beaucoup d'auteurs, mais dont les modalités demeurent toujours à élucider.

(Travail remis en mai 1944).

CONGRÈS

JOURNÉES GYNECOLOGIQUES DE DAX

28-29 mai 1944.

En dépit des difficultés actuelles, les journées gynécologiques de Dax ont remporté un succès qu'il importe de souligner. 260 inscrits sont venus s'associer aux travaux de ces journées, récompensant ainsi M. le professeur Jeanneney et ses collègues du Comité d'organisation d'avoir eu le courage et la volonté de « faire face » et de continuer à travailler utilement.

Les cancers du col et leur retentissement sur les uretères pelviens. — M. Henri Duvergey. — Cette étude poursuivie depuis 1939 en tant qu'assistant d'urologie au Centre Anticancéreux de Bordeaux, sous la direction du professeur Rechou, repose actuellement sur 200 cas. L'uretère pelvien a été examiné suivant la technique du professeur Chevassu par l'urétéropylographie rétrograde.

L'image normale n'a été observée que dans 18 p. 100 des cas ; les modifications du trajet de l'uretère sont fréquents ; les modifications du calibre avec les rétrécissements sont du plus haut intérêt pratique. Ces rétrécissements urétéraux ne sont pas dus à un envahissement mais à des phénomènes de compression extrinsèque paramétriale et doivent être traités par la dilatation. Les cas de malades guéris de leur néoplasme et morts d'urémie par rétrécissement filiforme des uretères pelviens s'est rencontré plusieurs fois.

Le retentissement du cancer du col sur les voies urinaires est plus précoce que l'examen clinique ne le laisse prévoir ; son traitement réclame donc l'association du radiothérapeute et de l'urologue.

Traitement des aménorrhées à Dax. — M. A. Barrau (Dax). — Le traitement hydro-minéral par les bains salés et par les boues de Dax constitue un adjuvant d'une efficacité indiscutable à l'hormonothérapie habituelle des aménorrhées.

Les bains salés ont une action excitante et stimulante sur l'état général. Le bain de boue provoque avant tout une hyperactivité circulatoire, objectivée par une augmentation considérable de l'indice oscillométrique, l'accélération du pouls et dont bénéficie le régime circulatoire des glandes endocrines. La fangothérapie constitue donc un agent appréciable dans la thérapeutique des aménorrhées liées à de petites insuffisances endocriniennes, surtout si le malade a subi un traitement hormonal préparatoire. Il en est de même dans le traitement des aménorrhées de cause nerveuse qui sont le résultat d'une action d'inhibition ou d'une perturbation vaso-motrice.

Un cas d'aménorrhée primitive traité avec succès par thyro-thymectomie. — MM. R. Fontaine et P. Pilla. — Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui n'avait jamais été réglée malgré un traitement hormonal intense. Depuis deux ans plus aucun traitement. L'existence d'un goitre bénin sans aucun signe de thyréotoxicose a permis aux auteurs de vérifier l'état du thymus. A l'opération on a trouvé un goitre diffus banal et un gros thymus persistant, histologiquement pleinement actif. La thyrothymectomie a ramené les règles au bout de trois mois et depuis elles sont normales.

Les auteurs pensent que la persistance du thymus a conditionné dans ce cas l'aménorrhée primitive.

Menaces d'accouchement prématuré et progesterone. — M. le Professeur Pery (Bordeaux). — En regard de l'action hémostatique de la progestérone dans les menaces d'avortement à allure hémorragique, on peut envisager et utiliser une action inhibitrice de cette même hormone, vis-à-vis de la contraction utérine dans les menaces d'avortement à allure surtout douloureuse.

Il est permis de penser qu'il doit en être de même dans les menaces d'accouchement prématuré.

Chez une malade enceinte de moins de sept mois ou malgré le repos, les opiacés et les antispasmodiques, l'accouchement prématuré semblait inévitable et l'enfant presque fatalement condamné, les piqûres de Lutogyl ont fait disparaître progressivement les contractions douloureuses et rétrocéder notablement l'ouverture largement béante du col, permettant de dépasser la fin du huitième mois et d'assurer la viabilité de l'enfant.

A propos de l'hystéroscopie. — M. Ch. Lefebvre. — Utilisant l'hystéroscopie de Segond et suivant la technique utilisée par ce dernier, l'auteur attire l'attention sur certains points particuliers.

Au point de vue technique, il est nécessaire d'obtenir après dilatation par laminaires, une vacuité complète de l'utérus par balayage des caillots et des mucosités sous un fort courant de liquide (liquide de Dakin plus ou moins dilué). En cours d'examen des variations de pression avec arrêts intermittents de l'échappement de l'eau, distendent la cavité et montrent des lésions invisibles sans cela.

Les résultats sont très encourageants. Ce moyen d'exploration est certainement appelé à un grand avenir.

Les troubles fonctionnels préménopausiques. Pathogénie et dosage hormonaux. — MM. Claude Beclère et H. Simonnet. — Beaucoup de femmes entre l'âge de 40 ans et la ménopause définitive présentent pendant plusieurs mois ou plusieurs années un ensemble de troubles des règles et d'hémorragies utérines qu'il faut désigner sous le nom de « troubles fonctionels d'origine préménopausique ». Les dosages hormonaux montrent qu'il se produit à cette période un déséquilibre hormonal entre hypophyse et ovaires. Dans la majorité des cas les auteurs ont constaté des chiffres anormalement élevés de Folliculine, souvent précédés eux mêmes de chiffres anormalement élevés d'Hormones Gonadotropes.

Ces poussées irrégulières hypophysaires puis folliculinaires entraînent : 1° Tantôt des phases d'aménorrhée et tantôt des hémorragies utérines de tous types et de toutes abondances. 2° Un épaississement de la paroi de l'utérus qui devient gros et scléreux. 3° Il se produit au niveau de la muqueuse utérine une hypertrophie de la muqueuse qui souvent revêt l'aspect caractéristique de l'hyper-plasie-glandulo-kystique, aspect qui, comme on le sait, est caractéristique de la surcharge filliculinique.

La stérilité chez l'homme et son traitement. — M. le professeur Darget. — La stérilité chez l'homme est due à un trouble sécrétoire des testicules, à des lésions bilatérales des voies excrétrices ou à des troubles fonctionnels.

Les troubles sécrétoires des testicules (azoospermie, oligospermie) sont liés à l'atrophie congénitale des testicules cryptorchidie, à l'atrophie acquise par inflammation bilatérale (oreillons, syphlis) à la stérilité précoce. Pour tâcher d'y remédier, pratiquer la cure précoce de l'ectopie testiculaire, recourir à l'opothérapie testiculaire, antéhypophysaire et surtout rechercher systématiquement la syphilis héréditaire ou acquise pour la traiter.

Les lésions des voies excrétoires, capitales, comprennent l'atteinte bilatérale des épididymes (tuberculose, blennorrhagie, colibacille, staphylocoque) des canaux déférents des vésicules séminales et canaux éjaculateurs. On traitera systématiquement toutes les lésions prostato-vésiculaires pour s'occuper de la cause essentielle d'azoospermie, l'oblitération de la queue de l'épididyme par épididymite blennorrhagique bilatérale. L'anastomose vaso-épidymaire exécutée suivant la technique de Martin est susceptible de donner 50 % de succès. Les troubles fonctionnels qui tiennent à l'existence d'un hypospadias ou d'un rétrécissement urétral sont facilement curables. Ceux qui relèvent de troubles de l'érection ou de l'éjaculation comportent le traitement des inflammations prostato-vésiculaires souvent responsables. Le recours à l'opothérapie testiculaire hypophysaire associé à un traitement par cautérisations légères du veru montanum.

Le traitement de la stérilité chez l'homme est capable dans nombre de cas d'être couronné de succès.

Traitements associés salins et fangothérapiques en gynécologie. — M. Bernard Lavielle (Dax). — Les agents thérapeutiques mis en jeu dans la cure dacquoise sont au nombre de quatre : les eaux chlorurées sodiques fortes, les eaux mères, les eaux hyperthermales, les boues.

L'eau salée, dont la concentration est particulièrement forte, constitue la base du traitement balnéaire ; elle a une action tonique reconstituante. L'eau mère, au contraire, ne sert qu'à atténuer l'effet excitant de l'eau salée, en vertu de sa concentration minérale, où dominent les principes résolutifs iodurés, les principes antiseptiques magnésiens et les principes sédatifs bromurés. On peut donc utiliser son action sédative et résolutive contre certaines affections gynécologiques, en particulier la dysménorrhée.

Les eaux hyperthermales ont une action sédative incontestable.

Enfin, les boues constituent un topique émollient dont la valeur est indiscutable et dont l'action est centuplée par la haute thermalité, les éléments minéraux salins iodurés et les réactions chimiques auxquelles ils donnent lieu en présence du courant constant de l'eau minérale.

Le bain reste le principal moyen d'action ; il est à la base de tout traitement. Les dosages appropriés d'eau salée et d'eau mère permettent d'obtenir une médication excitante, résolutive ou sédative. La douche peut être donnée plus ou moins froide, plus ou moins salée, en jet, en pluie. Par leur action stimulante, le bain et la douche conviennent particulièrement aux anémiques, aux aménorrhéiques, aux hypogénitales en général.

Au bain et à la douche peuvent s'ajouter d'autres pratiques hydrothérapiques.

Les résultats satisfaisants obtenus par les cures thermales sur les reliquats inflammatoires jutifient, malgré les progrès réalisés en chirurgie gynécologiques, les tendances abstentionnistes actuelles.

Fibromyome utérin et dosage hormonal. — MM. Dubreuil, L. Massé et Demange. — La fibromatose utérine a été considérée fréquemment comme la conséquence d'un syndrome hyperfolliculinique fonctionnel, l'hypersécrétion oestrogène provoquant la formation du fibrome ou bien favorisant seulement son développement. Les auteurs apportent les observations de deux cas de fibromes utérins s'accompagnant, au contraire, de signes d'hypofolliculinie.

Les auteurs discutent l'étiologie du fibrome et la possibilité d'un syndrome hyperfolliculinique primitif ou bien secondaire à une phase d'hyperfolliculinie, inversée ensuite par interréaction hormonale ovaro-hypophysaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 septembre 1944.

L'intoxication par les champignons, l'hypoglycémie amanitinique. — MM. Léon Binet, R. Fabre et Mlle Marquis rapportent leurs expériences effectuées sur l'amanitine, toxine isolée du champignon vénéneux l'amanite phalloïde. L'injection de cette substance à l'animal amène un état de prostation qui conduit à la mort, après avoir déclenché un effondrement du taux du glucose sanguin. Ce dernier point est analysé par les auteurs qui montrent qu'avec une faible dose de cette substance, il y a une tolérance indiscutable de l'organisme, mais le glucose subit un fléchissement dans le sang.

Cette hypoglycémie constitue un bienfondé en faveur du traitement sucré de l'intoxication par les champignons : l'injection de sérum glucoé, l'ingestion de sucre ou de miel constituent un traitement que conseillent les auteurs de ce travail ; ces nouvelles expériences viennent à l'appui d'une notion française conseillée déjà il y a plus d'un siècle.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 juillet 1944.

Rapports. — Emploi de l'acide benzoïque et de l'acide salicylique pour la conservation des confitures. — M. Tanon propose la prolongation de l'autorisation de ces antiferments à la dose de 1 gr. par kilo.

Réglementation de la teneur en acide sulfureux des produits dits « concrétés de fruits ». — M. Tanon. — Les concrétés de confitures sont composés de mélange à parties égales de fruits épluchés et de pulpes jusqu'à une consistance convenable : leur teneur en eau ne devant pas dépasser 18 % et leur teneur en saccharose devant être de 40 %. Pour éviter l'altération qui en résulte, les fabricants y ajoutent une quantité plus ou moins importante d'une solution d'acide sulfureux.

La commission considère qu'il y a là un danger pour la santé. L'Académie adopte ces conclusions.

La capacité respiratoire du sang dans l'asthme infantile et l'action des cures thermales de la Bourboule et de Saint-Honoré. — MM. Polonovski, Santenoise, Briskas, Pelou et Stankoff.

Les dangers de l'inhalation du gaz carbonique pur. — M. Binet et Mme Poutonnet rapportent des expériences qui prouvent que, à côté de son action excito-respiratoire, l'inhalation de gaz carbonique déclenche une hypotension. La défaillance circulatoire peut être mortelle avec une inhalation de gaz carbonique pur d'une durée de 20 secondes.

Les auteurs rapportent ces faits pour attirer l'attention sur la nécessité de diluer le CO^2 avec de l'oxygène, et pour proscrire l'inhalation de gaz carbonique pur.

L'actuelle production de sérum antitétanique ; importance des substances stimulantes de l'immunité pour l'obtention de sérum très riche en antitoxine tétanique. — MM. Ramon, Le Métayer, Nicol, Richou, Virat. — Les procédés actuellement employés permettent avec un nombre de chevaux restreint de suffire aux grands besoins nés de la guerre et de conserver une réserve de sérum à titre antitoxique élevé; il a donc été possible de parer à la pénurie de substances stimulantes nécessaires.

Acquisitions récentes de moyens spécifiques pour lutter contre la toxinfection tétanique. La « solution d'antitoxine » dans la prévention d'urgence; la séro-anatoxithérapie dans le tétanos déclaré. — M. Ramon. — La dilution au 1/10ᵉ dans la solution physiologique de sérum à 3.000 unités et le chauffage ultérieur en présence de formol donnent une « solution d'antitoxine » stable et efficace. On administre à titre préventif 10 cmc. = 3.000 unités de cette solution; on renouvellera, si nécessaire, l'injection 10 jours plus tard. Prévention efficace d'urgence sans réaction fâcheuse.

Contre le tétanos déclaré on injectera aussi précocement que possible 10 ampoules de 10 cmc. à 2.000 unités chacune, soit 100 cmc. = 200.000 unités, dose rendue possible grâce au titre antitoxique très élevé du sérum en regard d'une faible quantité d'albumines étrangères, on injecte en même temps 2 cmc. d'anatoxine; à 4 à 5 jours d'intervalle on injectera à nouveau 2 cmc., puis 4 cmc., puis 6 cmc. d'anatoxine.

Si nécessaire, on fera dans les mois qui suivent et sans inconvénient, une injection de rappel.

Sur les vaccinations à l'aide du vaccin triple associé (antidiphtérique, antitétanique, antityphoparatyphoïdique). Leur inocuité. — MM. Besson et Giraud (présentation par M. Ramon).

Sur l'immunisation des enfants par le vaccin triple associé. — MM. Sohier, Marchetti et Poulin. (Présentation par M. Ramon.)

Considérations sur la méthode des vaccinations associées et sur son application. La leçon des faits. — M. Ramon. — Des observations faites tant dans les collectivités civiles que dans les collectivités militaires, tant durant la paix que pendant la guerre et durant la dure période qui lui fait suite, montrent à l'évidence le bienfait et l'utilité des diverses vaccinations. Ce bienfait et la nécessité que l'on tend de plus en plus à reconnaître serait plus évidents encore si l'obligation des vaccinations avait été plus tôt établie et étendue à une prophylaxie moins limitée.

Acide acétysalicylique et « maladie chronaxique », ses antagonistes. — MM. Mouriquand et Coisnard. — La chronaxie vestibulaire est abaissée par certaines substances : thyroxine, acide acétysalicylique. Leur action prolongée crée chez le malade une « maladie chronaxique » latente qui peut rendre véritablement dangereux le surmenage musculaire.

L'aneurine est efficace contre cet abaissement chronaxique aussi bien que contre les abaissements d'autre origine ; au contraire, la caféine n'agit pas étant elle-même un dépresseur de la chronaxie. La glucose et la saccharose peuvent dans certaines circonstances la relever.

Sur un champignon nouveau (scopulariopsis microascus amara) provoquant l'amertume de certains fromages. — MM. A. et R. Sartory.

Le sens thermique chez les parasites des homœthermes, élément primordial de leur orientation vers l'hôte. — MM. Nicolle et Grenier. (Présentation par M. Trefouel.)

Influence éventuelle des baignades en rivière et en piscine sur la recrudescence des cas de thyphoïde dans le département de la Seine. — M. Kling. — L'impossibilité de continuer, comme on avait pu le faire jusqu'en ces derniers mois, l'alimentation des piscines par circuit ouvert constant ou circuit ouvert partiel avec javellisation intermittente (Rareté des produits chlorés. Colmatation des filtres) fait que l'eau des piscines est le plus souvent infectée à l'égal de celle des simples bains de rivière. L'eau de consommation conserve cependant sa pureté habituelle.

Action de l'acide nicotinique sur le traitement général du glaucome chronique. — M. J. Gallois. — L'acide nicotinique per os à la dose de 0 gr. 03 a été administré à 15 glaucomateux.

Dans 4 hypertensions oculaires légères (30 mm Hg) avec des signes fonctionnels mais peu de lésions constituées, les résultats ont été très favorables. Dans 11 glaucomes confirmés, il y a eu 4 résultats très favorables et de longue durée. Dans 7 autres cas, glaucomes irréductibles avec capillarité ou en crise aiguë secondaire, les résultats ont été défavorables malgré l'association de médications adjuvantes.

L'acide nicotinique seul ou associé est donc impuissant quand le système régulateur de la tension oculaire est trop lésé.

Vacances. — En raison des circonstances et des difficultés actuelles, les séances publiques de l'Académie ont été suspendues jusqu'au 26 septembre 1944.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1944.

Allocution de M. J. Brouardel, vice-président.

« L'Académie reprend aujourd'hui ses séances, qu'elle a interrompues le 11 juillet. Depuis cette date, quels prodigieux événements! Grâce à la valeur des armées alliées françaises et des forces de l'intérieur, la France est presque totalement libérée.

Dès le 21 août, les académiciens présents — ils l'étaient presque tous — envoyèrent une adresse au gouvernement provisoire de la République exprimant leur joie profonde. Dans sa belle réponse du 6 septembre, le général de Gaulle écrivit notamment : « ...En évoquant la liberté de pensée désormais retrouvée, vous mettez l'accent sur ce qui fait la condition première de notre dignité reconquise. Nous veillerons tous à ne plus nous en laisser déposséder... »

Mes chers Collègues, si nous avons tous souffert moralement et matériellement de l'occupation, certains d'entre nous — risquant leur liberté et leur vie — ont pu depuis de longs mois coopérer directement à la libération. Ils sont aujourd'hui à l'honneur comme ils ont été à la peine! L'un des nôtres, Charles Richet, dont nous avons si bien apprécié l'action, a été arrêté; il est encore en Allemagne. Donnons-lui une affectueuse pensée; puisse-t-il être bientôt parmi nous!

D'autres ont vu l'être le plus cher, soit des parents ou des amis, brutalement arrêtés et transportés en Allemagne, sans qu'à aucun moment ils aient pu en avoir des nouvelles. Je suis sûr d'être votre interprète en les assurant de notre ardente sympathie.

L'Académie s'est émue des malheurs qui ont frappé beaucoup de nos confrères médicaux : les uns ont été fusillés, d'autres tués par des actes de guerre. Nous honorons leur mémoire et nous assurons leurs familles de toute la part que nous prenons à leur douleur. D'autres encore, qui ont échappé à la mort, ont vu leurs biens détruits; certains, malheureusement nombreux, ont tout perdu!

L'Académie leur est venue en aide dans toute la mesure de ses possibilités financières; elle continuera!

Notre Compagnie, qui n'a pas interrompu ses travaux et n'a pas cessé de lutter pour le maintien de la santé publique, va pouvoir — en travaillant dans l'union de tous ses membres — contribuer au relèvement de la Patrie!

Vive la France! »

Déclaration de vacance de la place de secrétaire général, en remplacement de M. Achard, décédé en août.

Notice nécrologique. — M. Tréfouël donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Trillat.

La question du lait. — Au nom de la commission du lait M. Lesné donne lecture du rapport qu'il a rédigé avec M. Ribadeau-Dumas.

Le lait « standard », actuellement distribué à Paris, soulève des plaintes des mères de famille : une fois sur deux ce lait « tourne » dès qu'il est mis sur le feu, ou même avant.

Il n'en serait pas ainsi si le lait était du lait propre, embouteillé dans des bidons propres. Mais aucune de ces conditions n'est actuellement réalisée.

Les médecins constatent d'autre part qu'un enfant alimenté au lait « standard » ne progresse pas. Le taux de 30 o/oo de matières grasses imposé par les Allemands est insuffisant.

M. Lesné rappelle les conditions que l'on doit exiger dans l'industrie du lait et que prescrivent d'ailleurs formellement les règlements.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Gabriel Bertrand, Goris, Bougault, René Fabre, l'Académie adopte à l'unanimité le vœu présenté par MM. Lesné et Ribadeau-Dumas et dont voici le texte:

Vœu :

1° Abroger le décret imposant la vente exclusive du lait « standard » écrémé à 30 o/oo. Exiger que le lait reste naturel et complet, ne soit pas écrémé et renferme au moins 35 o/oo de matières grasses, ce qui constituerait le taux buthyrique légal.

2° Fournir aussitôt que possible, avant tout aux enfants et aux malades des collectivités urbaines, un lait pur, frais, propre et sain, ayant subi une pasteurisation contrôlée et transporté dans des récipients stérilisés et réfrigérés.

3° Faire appliquer et compléter d'urgence les lois et décrets sur le contrôle sanitaire du lait, promulgués depuis de nombreuses années et dont l'application constituerait une mesure essentielle pour la protection de la santé publique.

Bec de lièvre et syphilis. — MM. Victor Veau et R. Turpin. — Il est classique de reconnaître le tréponème comme facteur de bec de lièvre. A côté de cette conception, les généticiens invoquent l'action d'un dynamisme localisé dans les chromosomes.

Les auteurs ont recherché parmi leurs sujets le nombre des syphilis avérées, le plus souvent avouées, diagnostiquées par une manifestation majeure du mal, confirmée par l'une ou l'autre des réactions sérologiques. Le chiffre s'est montré très bas : 4 %. Et ce chiffre est le même que celui donné dans les services d'accouchements.

Sur 46.200 accouchées à Baudeloque, il y avait 1.923 syphilitiques reconnues et 34 becs de lièvre. Dans ces 34 becs de lièvre, un seul avait une mère comptée parmi les syphilitiques.

Ce chiffre prouve que la malformation ne s'observe pas avec prédominance dans les cas de syphilis évidente.

Le bec de lièvre serait donc l'apanage des syphilis larvées, heredo-syphilis, dont le diagnostic ne peut être posé que par un ensemble de petits signes cliniques.

Le traitement prophylactique se montre peu efficace. Les auteurs en voient la preuve dans la fréquence du bec de lièvre chez les frères et sœurs ou chez les enfants dont les parents, eux-mêmes atteints, ont la même malformation alors qu'un traitement intensif a été suivi.

Le bec de lièvre s'observe dans un grand nombre d'espèces animales, en particulier chez les chiens bull-dog. Alors, le rôle de la syphillis ne saurait être invoqué.

En raison de tous ces faits, la théorie génétique prend une nouvelle force. Malheureusement, jusqu'à présent, elle n'est pas arrivée à nous donner des notions précises et pratiquement utiles sur l'hérédité de la malformation.

La vaccination antitétanique pendant la guerre. — M. G. Ramon. — A défaut de documents français l'efficacité de la vaccination anatoxique relève de documents anglais et américains.

Dans l'armée américaine on n'observait en janvier 1944, après 2 ans et demi, que 9 cas de tétanos pour toute l'armée, aucun par blessure de guerre, et 2 seulement chez des sujets convenablement vaccinés. Aucun cas américain et nombreux cas allemands pendant les combats en Normandie, région tétanifère. — (Les Allemands ne pratiquent pas la vaccination.)

Les Anglais, qui ont eu peu d'Allemands à soigner, ont eu parmi eux 10 tétaniques. Par contre la campagne de France ne leur a causé pour toute leur armée qu'un seul cas de tétanos.

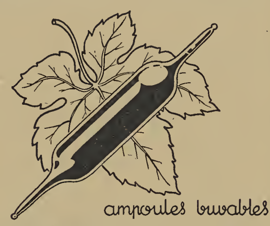
Accidents de la dent de sagesse. — M. A. Herpin. — Les accidents de la dent de sagesse sont sous la dépendance des mêmes conditions étiologiques que ceux de la dentition temporaire. Plus précis dans leur localisation, ils le sont aussi dans leur cause. Au lieu de l'influxion en dedans, qui est normale, à l'extrémité postérieure de l'arcade alvéolaire inférieure se produit une déviation en dehors, qui fait que la dent est coincée entre la précédente et le bord antérieur de la branche montante. Ces accidents présentent également plus de gravité.

Un cas d'actinomycose à foyers multiples et à terminaison méningée et septicémique ; étude d'un actinomyce nouveau. — MM. A. et R. Sartory et Verdure.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1944.

Notice nécrologique sur M. G. Desbouis. — M. Ameuille.

A propos du secret médical. — M. N. Fiessinger. — L'Académie ayant toujours défendu le principe du secret médical professionnel quand il se concilie avec les mesures sociales, préventives, nécessaires en cas de maladies contagieuses, signale que, pendant l'occupation allemande, de nombreux médecins, malgré la menace d'emprisonnement ou de sanctions plus sévères encore, ont jalousement caché ce que l'exercice de leur profession leur avait fait connaître au sujet des personnes ou des circonstances dans lesquelles des soins avaient été donnés ; que les Conseils




S.A.R.L

de l'Ordre, notamment le Conseil national et le Conseil départemental de la Seine, ont tenu malgré le danger à souligner énergiquement ce devoir de notre Charte médicale. L'Académie félicite les médecins qui ont défendu le droit du malade et le devoir professionnel en oubliant leurs intérêts particuliers. Une motion en ce sens est adoptée.

Discussion : M. Rist mentionne des faits particulièrement démonstratifs.

Le traitement des lupus tuberculeux et des tuberculoses cutanées par la vitamine D. — M. Charpy (présenté par M. Gougerot). — La vitamine D^2 en solution alcoolique à très grosse dose (375 millig. en 5 mois) a une action quasi spécifique, à rapprocher de l'activité analogue mais moindre de la photothérapie. La guérison est obtenue simplement et sans accidents ; elle paraît cliniquement et anatomiquement durable.

Discussion : MM. Gougerot et Gaulier ajoutent leurs résultats personnels.

Le rôle effectif et éducatif de l'Œuvre Grancher. — M. Armand-Delille. — L'Œuvre Grancher évite la contamination de l'enfant sain par un milieu tuberculeux et a un rôle éducatif. Ce rôle doit être encouragé par le moyen des Assistantes sociales qui seules peuvent agir sur les fractions du public demeurées encore rebelles ou peu compréhensives.

LE PROFESSEUR CH. ACHARD
(1860-1944)

Avec les années, le contraste s'affirmait chez le Professeur Achard entre une fragilité physique apparente toujours plus grande, et la curiosité intellectuelle toujours vivace, entre la douceur de la voix et une modestie naturelle qui jamais ne se démentit et l'éclair du regard qui tout à coup luisait sous les paupières baissées de l'homme méditatif. Il disparaît aujourd'hui après une longue vie de travail désintéressé, témoignant de ce que peut, grâce à la persévérance et à la continuité, réaliser dans le silence un esprit d'élite.

Sans doute est-il des noms plus souvent répétés que le sien; dans de multiples domaines pourtant ce sont les travaux de Ch. Achard qui ont ouvert la voie. D'autres ont récolté; lui qui avait su choisir la graine et la planter en bon lieu a su aussi se contenter, semeur souvent ignoré, de l'aspect du bel arbre qu'il avait su prévoir.

Né à Paris, de parents parisiens, mais avec des ascendances alsaciennes et, temporairement genevoises après la Révocation de l'Edit de Nantes, Charles Achard, après le siège de 1871, dont il gardait un vivant souvenir, fit à Condorcet de brillantes études classiques et scientifiques à l'issue desquelles il se dirigea d'emblée vers la médecine.

Au bagage courant de l'étudiant il ajouta des études personnelles d'anatomie et d'histologie en même temps qu'à la Sorbonne il suivait l'enseignement de chimistes éminents. Dès cette époque, il se liait avec Tourneux, Retterer, Pouchet, Kirmisson.

Externe des Hôpitaux en 1879, il fait d'abord à Lille un an de volontariat et revient prendre ses fonctions d'abord chez Dujardin-Beaumetz, puis chez Duplay. En 1882, il est nommé interne, dans une promotion dont le major était le regretté Noël Hallé. Ses années d'internat le conduisent chez Voisin, chez Lannelongue, chez Joffroy, chez Debove. Près d'eux il s'initie à la neurologie et à l'anatomie pathologique et se perfectionne en histologie. Dès 1885, il publie avec Lannelongue un traité des kystes congénitaux du cou ; en 1887, il présente une thèse sur l'apoplexie hystérique et se tourne davantage vers l'anatomie pathologique sous l'influence de Joffroy, près de qui il demeure jusqu'en 1893. Il fréquente, au Collège de France, le laboratoire de Ranvier et publie divers travaux : avec Lannelongue sur la microbiologie des ostéomyélites ; avec Jules Renault sur les colibacilloses urinaires. La même année il prend à l'Ecole Pratique la direction d'un laboratoire et est nommé Médecin des Hôpitaux en même temps que Béclère et Widal. En 1895, c'est l'agrégation avec Gilles de la Tourette, Thoinot, Widal et Wurtz. Peu après il prend la direction de la « Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie » et devient secrétaire de la rédaction des « Archives de Médecine expérimentale ». En même temps il donne à la Faculté des Conférences de Pathologie interne en attendant de succéder, en 1910, à Bouchard dans la chaire de Pathologie générale.

En 1897 il devient chef de service à Tenon et y reste dix ans. Il passe alors à Necker qu'il quittera en 1919 pour prendre possession de la Clinique médicale de Beaujon ; en 1924, il transportera son enseignement à Cochin, succédant à Widal ; c'est là qu'en 1933 se terminera sa carrière hospitalière.

Cette période a été pour M. Achard celle de la plus grande activité littéraire. Parmi de très nombreuses publications nous rappellerons seulement entre ses ouvrages pédagogiques, dont le succès fut d'emblée considérable : les « Nouveaux procédés d'exploration » (1902); divers manuels avec Debove et Castaigne, manuels de diagnostic médical, de thérapeutique médicale, maladies des reins, des surrénales, du foie, du tube digestif ; avec Lœper (précis d'anatomie pathologique); avec Paisseau (maladies des reins); articles nombreux des traités : de Thérapeutique appliquée d'Albert Robin ; de médecine et thérapeutique, de Brouardel et Gilbert. Plus tard on retrouvera la synthèse de ses idées dans les trois volumes des Cliniques de l'Hôpital Beaujon (1923-1928). Les autres œuvres, d'un ordre plus élevé, ont trait à la recherche pure : en 1904, c'est une étude, qui fait époque, sur le sel en pathologie et en thérapeutique; elle ouvre la voie aux physiologistes et aux thérapeutes de la période qui suit. En 1912, étude sur le rôle de l'urée en pathologie; en 1921, sur l'encéphalite léthargique, en 1922, avec Léon Binet, sur l'examen fonctionnel du poumon; en 1926, sur les troubles des échanges nutritifs; en 1929, sur les maladies typhoïdes, et sur l'œdème brightique.

Partout c'est la mise en œuvre de cette clinique expérimentale dont il fut le promoteur et qui s'applique et se vérifie aussi bien à propos de l'élimination provoquée du rein, que de l'insuffisance glycolytique et du diabète, de la régulation des humeurs et du système lacunaire, de la forme hémoleucocytaire, de l'équilibre humoral, des chlorures, du cytodiagnostic.

La guerre de 1914-1918, durant laquelle le Professeur Achard mit tout son dévouement au service de nombreux hôpitaux de la Croix-Rouge, n'interrompit pas pour lui la recherche; les travaux qu'il entreprend avec Flandin en font un précurseur en matière de clinique et de thérapeutique des gaz de combat.

La participation à d'importantes commissions officielles l'amène peu à peu à jouer un rôle représentatif de plus en plus important. Vers la soixantaine, il devient un ambassadeur de la médecine et de la science françaises, hôte toujours choyé, conseiller toujours écouté et souvent désiré. Membre de l'Académie de Médecine dès 1911, secrétaire annuel en 1919, secrétaire général en 1921, membre de l'Académie des Sciences en 1929, commandeur de la Légion d'Honneur, nul ne pouvait plus dignement tenir le drapeau de la science française pour qui il avait tant fait. De 1921 à 1929, le professeur Achard parcourt la Pologne, les Etats-Unis, le Canada, l'Indochine, le Japon, la Perse, la Syrie, le Brésil, la Grèce, la Roumanie, l'Afrique du Nord, l'A. O. F. Dans tous ces voyages celui qui savait tant apprenait encore avec avidité. Dans deux livres de souvenirs : Autour du Monde (1922); Confession d'un vieil homme du siècle (1943), il a transmis à ses « jeunes » ce que lui ont appris l'expérience et une philosophie clairvoyante et souriante. Dans ce sourire empreint de bonté, ceux qui l'approchaient voyaient à la fois l'élévation d'âme et tout l'affinement de la culture la plus étendue.

Reste-t-il derrière lui une Ecole ? Non sans doute. Il y a mieux. Parmi les très nombreux élèves d'une vie scientifique aussi longue il en est bien peu, des aînés aux plus jeunes, qui ne soient eux devenus à leur tour des maîtres aux nombreux disciples, parmi les meilleurs des temps présents et dans les orientations les plus diverses.

Lorsqu'il formait les esprits et les âmes, comme lorsqu'il édifiait les doctrines, le Professeur Achard a donc su semer et laisser croître; dans sa naturelle modestie il a su aussi trouver sa joie et sa satisfaction dans les épanouissements qu'il avait prévus et discrètement favorisés. Une seule joie lui a fait défaut, celle d'assister à la Libération que cet ardent patriote attendait avec tant d'impatience.

R. LEVENT.

CHRONIQUE

La réunion de la Faculté de Médecine en l'honneur de la Résistance.

Le Comité Directeur des *Médecins du Front National* a organisé à la Faculté de Médecine le 17 septembre, une réception en l'honneur des combattants et des médecins F. F. I. Malgré l'absence de métro, le grand amphithéâtre était trop petit pour contenir l'assistance et la cour était remplie de bicyclettes et de vélomoteurs.

M. Tiffeneau, doyen honoraire, occupait le fauteuil de la présidence. A ses côtés avaient pris place M. François Billoux, ministre de la Santé publique, M. le professeur Pasteur Vallery-Radot, M. le professeur Robert Debré, président du Comité médical, le R. P. Philippe, MM. Villon et Casanova, du Comité militaire de la Résistance et le colonel Rol.

M. Tiffeneau, devant l'assistance dressée et recueillie, lit la liste des médecins et étudiants morts pour la France. Beaucoup ont été fusillés pour avoir soigné les blessés F. F. I.

Une minute de silence suivit cette émouvante lecture.

C'est ensuite M. Casanova qui retrace avec feu les diverses phases de la libération de Paris, depuis le 19 août 1944 où 400 F. F. I. seulement s'emparèrent de la Préfecture, de l'Hôtel de Ville, de la Préfecture de Police et de quelques mairies, jusqu'à la victoire finale du 25 août.

Puis, successivement, MM. Billoux et Villon, avec non moins de flamme exposent ce que la Résistance a fait dans toute la France et ce qui lui reste à faire, car son rôle est loin d'être terminé. Ils revendiquent avec énergie, d'abord une épuration de tous les traîtres dans toutes les branches de l'activité nationale. Ils demandent ensuite la reconstitution d'une armée nationale forte, dans laquelle s'incorporeraient les troupes de la Résistance, armée indispensable pour que la France puisse retrouver sa place dans le monde.

Enfin, c'est par un appel à l'union de tous, sans distinction de parti, de religion, que les combattants appellent les Français à l'œuvre de reconstruction de leur pays.

M. L.

A la Sorbonne. Réunion du Service de Santé national de la Résistance.

Pour la réunion des médecins du *Front national* tenue le 17 septembre, le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine avait été trop petit. Nos camarades du *Service de Santé national de la Résistance* décidèrent, en dernière heure, de tenir leur réunion, présidée par le Dr Georges Duhamel, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne qui s'avéra à son tour insuffisant pour contenir la foule des auditeurs.

Bien avant l'heure fixée, la vaste salle est pleine. Je note au hasard des entrées : M. le recteur Roussy, M. Georges Lecomte, de l'Académie française, le général Lasson, le professeur agrégé Etienne Bernard, héros du Vercors, le médecin général inspecteur Rouvillois, MM. Noël Bernard (de l'Institut Pasteur), le doyen Baudouin, le doyen honoraire Tiffeneau, M. de Chambrun, ambassadeur de France, les professeurs Binet, Leroux, Verne, Fiessinger, Mlle J. Lévy, les professeurs Polonowski, Gougerot, Lian, Chiray, Robert Debré, Aubertin Ombrédanne, Leveuf, Gastinel, MM. André Siegfried, du Collège de France, Touraine, Ribadeau-Dumas, Pagniez, Cavaillon, le Dr Lancrenon, curé de Saint-Germain-des-Prés (condamné par les Allemands à trois ans de prison), MM. Labey, Basset, Lemeland, Courcoux, les professeurs Laignel-Lavastine, Chevassu, Balthazar, Leriche, Portes...

Dans l'amphithéâtre on remarque des infirmières des hôpitaux, celles de la Croix-Rouge française, le groupe compact en uniforme bleu, des jeunes étudiants en médecine qui se dévouèrent avec tant d'entrain partout où il y eut du baroud ou de la misère.

Le président, M. Georges Duhamel, de l'Académie française, fait son entrée accompagné de MM. François Mauriac, de l'Académie française, Alexandre Parodi, ministre du Travail, François Billoux, ministre de la Santé publique, M. Lirondelle, représentant M. Deltheil, directeur de l'Enseignement supérieur, prisonnier en Allemagne. Autour d'eux on remarque les membres du Comité du S. S. National de la Résistance. Ce sont, par ordre alphabétique : M. Alajouanine, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Delafontaine, Denisart, Dufourmentel, de Gennes, Girod, Houdard, Justin-Besançon, Bernard Lafay, Lemierre, F. Lhermitte, Merle d'Aubigné, Milliez, Moreau, Parlier, Pasteur Vallery-Radot, Senèque, Tréfouël, Truffert, Veau.

Derrière le bureau un immense portrait du général de Gaulle, entouré de faisceaux de drapeaux français et alliés.

M. Georges Duhamel ouvre la séance et prononce un émouvant discours dans lequel on note d'abord cette définition : « Résistance : Soulèvement de toutes les âmes françaises contre l'ennemi et ses crimes ». Saisissante formule à retenir pour le dictionnaire de l'Aacadémie.

Pour la première fois, déclare-t-il avec force, des médecins ont payé de leur vie le fait d'avoir donné des soins à des blessés !

Après avoir rendu un vibrant hommage aux médecins de France, notre illustre confrère conclut : « La France est sauvée, mais la Résistance continuera pour assurer son salut ».

Lorsque les applaudissements furent calmés, M. Duhamel apporta les excuses du R. P. Carrière, en mission dans le Nord auprès du Général de Gaulle, et il donna la parole au R. P. Chaillet.

L'orateur rappela les phases tragiques de la Résistance et il donna lecture de la douloureuse liste des médecins, étudiants et infirmiers tombés pour la France. Tous les auditeurs se levèrent et observèrent avec piété une minute de silence.

M. le médecin général inspecteur Sicé, du corps de Santé de l'Armée coloniale, retrace à son tour dans des termes émouvants le rôle héroïque joué dès le mois d'août 1940 par ses camarades de l'A. E. F. Il était lui-même à Brazzaville qui, pendant 26 mois, fut vraiment la capitale de la France libre. Et pour nous qui ne connûmes que les mensonges d'une presse asservie, c'est une révélation et un réconfort d'apprendre tout ce que purent réaliser nos confrères de l'A. E. F., avec le courage, l'abnégation, l'ingéniosité dont les médecins coloniaux sont coutumiers.

Sous les ordres de Larminat, de Colonna d'Ornano, de Leclerc, le corps médical français a réalisé des prodiges. Il eut aussi ses victimes qu'il faut saluer bien bas. Que dire des souffrances endurées quand on sait que la colonne Leclerc, par exemple, dans sa route du Tchad à la mer, fit un parcours de 800 kilomètres sans trouver un puits, avec un litre d'eau par jour et par homme.

La parole fut alors donnée à M. Milliez, un des premiers organisateurs des médecins F.F.I. En janvier 1943, avec cinq camarades, aidé des conseils de quelques maîtres, il crée le service de santé des F. F. I.

On ne peut imaginer les difficultés qu'eurent à surmonter les organisateurs. Il importait que le secret absolu fût gardé par ceux qui tenaient les leviers de commande. L'organisation se fit progressivement à Paris, dans la Seine, en Seine-et-Oise. Les bonnes volontés étaient innombrables, mais les dangers ne l'étaient pas moins. M. Milliez glisse sur sa propre action, il reporte trop modestement sur ses camarades de Paris, de la Seine et de Seine-et-Oise puis de la France entière, tout le mérite de la réussite invraisemblable de la création clandestine d'un service de santé très important en liaison avec le Front National et les F. T. P. F.

Pendant la bataille de Normandie, les médecins de la Résistance ont pu travailler dans les lignes mêmes sans que les Allemands aient remarqué quelque chose d'anormal !

Le 25 août, nos confrères ont occupé, sans trouver de réaction, le Ministère de la Santé publique.

M. Milliez, en terminant, rend hommage aux confrères tombés, à tous les confrères qui ont assuré, sans rétribution, notons ce fait, tous les services médicaux F. F. I. A ceux qui sont partis avec la division Leclerc, à ceux qui se sont dévoués pour les F. F. I. pendant les jours de la libération. Il cite notamment le personnel de la Croix-Rouge française, celui de la Défense passive, et il fait acclamer l'admirable personnel médical et infirmier de l'Assistance Publique.

En terminant, après un poignant appel à l'Union totale des Français, il dit ce qu'il doit à son maître Pasteur Vallery-Radot, qui, en véritable chef, le dirigea et le soutint avec une clairvoyance admirable.

C'est une véritable ovation qui salua Pasteur Vallery-Radot lorsqu'il se leva pour parler à son tour.

« 7 juin 1940, dit-il, la France est livrée, pieds et poings liés, à son vainqueur...

» 26 août ! un grand Français, entouré de soldats français qui ont combattu et vaincu, vient sous l'Arc de Triomphe, et au Soldat inconnu qui depuis 4 ans a entendu tant de fois le bruit des bottes allemandes... il dit simplement : Nous voici ! »

Sous une forme magnifique, dans les termes les plus élevés, Pasteur Vallery-Radot définit l'esprit de Résistance. Cet esprit, cette volonté de ne pas céder au vainqueur, on les doit à celui qui ne désespéra jamais, qui dès le mois de juin 1940 montra à tous leur devoir, au général de Gaulle !

L'auditoire acclama à la fois le général et l'orateur dont nous connaissons tous l'action courageuse et tenace pendant les mauvais jours.

Après la cérémonie, tous se rendirent à la Faculté de Médecine pour se recueillir, devant le monument des médecins morts pour la France.

F. L. S.

A la mémoire de quatre médecins fusillés par les Allemands à Châteaubriant.

Le dimanche 22 octobre, en présence de M. le Doyen et d'une nombreuse assistance, a eu lieu, à la Faculté de Médecine, une cérémonie commémorative destinée à honorer les quatre médecins fusillés par les Allemands, le 21 octobre 1941, à Châteaubriant.

Ces quatre martyrs de la Résistance étaient les docteurs Maurice Ténine, Pesque, Jack et Babin.

Au nom du Comité national des médecins français, une conronne fut déposée devant le monument aux médecins morts pour la France. Le docteur P. Funck-Brentano prononça quelques paroles graves et émues, rappelant le douloureux calvaire de nos confrères, et il invita les assistants à observer une minute de recueillement.

F. L. S.

INFORMATIONS

(Suite de la page 226).

(Suite de la page 226).

Nécrologie *(Suite)*

Nous venons encore d'apprendre les noms de quelques nouvelles victimes à Montpellier, le Dr Chalmeton, chef de clinique ORL, tué sur la route par les Allemands. MM. Bompar et Bourrély, étudiants en médecine, fusillés par les Allemands; M. Schœnig, externe suppléant, tué au combat du faubourg Saint-Jaume; M. Jallette, étudiant en médecine, fusillé près d'Alais et retrouvé dans un puits de mine où les Allemands l'avaient jeté.

D'autre part, on annonce la mort du médecin lieutenant-colonel André Vialleton, tombé pour la France sur le front d'Italie. Il était le fils du professeur Vialleton.

Nous apprenons avec tristesse la mort subite, survenue à Paris le 24 octobre 1944, du professeur Antonin Gosset, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, ancien président de l'Académie de Chirurgie, grand-officier de la Légion d'honneur. Il était âgé de 72 ans.

Nous adressons nos condoléances émues à son fils M. le professeur Jean Gosset.

— Nous avons eu enfin la douloureuse émotion d'apprendre la mort, survenue le 26 octobre, à Saint-Emilion, de notre bien cher maître et ami, le professeur Jean-Louis Faure, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, ancien président de l'Académie de Chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur. Il était âgé de 81 ans.

Que Mme J.-L. Faure, ses enfants et petits-enfants veuillent bien trouver ici l'expression de nos respectueuses et très affectueuses condoléances.

COMITE MEDICAL DE LA RESISTANCE

A la suite de la dissolution de l'Ordre National des Médecins, le Comité Médical de la Résistance du département de la Seine a pris possession du siège du Collège départemental de l'Ordre des Médecins.

Le premier acte du Comité a été d'adresser aux combattants et aux médecins de la Résistance un message d'admiration.

Il a envoyé, d'autre part, à M. le professeur Balthazard, ancien président du Conseil départemental, une lettre rendant respectueusement hommage à son esprit de patriotisme et de résistance.

M. Balthazard, dans sa réponse cordiale au Comité n'a pas manqué de dire tout ce que l'on doit au docteur Bernard Lafay, héros de la guerre et de la résistance.

Comité Médical
de la Résistance
du Département de la Seine
242, boulevard Saint-Germain
Paris

Paris, le 2 septembre 1944.

A Messieurs les Membres du Corps Médical du Département de la Seine,

Mes chers Confrères,

Le Comité Médical de la Résistance de la Région Parisienne, en accord avec M. le professeur Pasteur Vallery-Radot, secrétaire général à la Santé publique du Gouvernement Provisoire de la République, présidé par le général de Gaulle, a assumé la responsabilité urgente de nommer un Conseil des Médecins de la Seine.

Le Comité Médical de la Résistance tient tout d'abord à souligner la courageuse attitude du Corps Médical du département de la Seine, au cours des journées glorieuses de la Libération. En présence d'une telle élite de maîtres et de praticiens, le choix était particulièrement délicat.

Nous avons nommé un Conseil provisoire, qui nous a paru être le plus justement représentatif du Corps Médical libéré. Ce conseil est composé de :

MM. le docteur V. Balthazard, R. Piedelièvre, R. Moreau, Antoine Laporte, A. Lefort, Paul Funck-Brentano, L. de Gennes, Lechelle, Henri Bénard, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Coutela, Tissier-Guy, B. Lafay, L. Guyot, Mlle Irène Strozecka, MM. J.-F. Buvat, G. Vacher, J.-A. Huet, Habrekorn, J. Desjardins, J. Maille, E. Cherigie, L. Guillaumat, J. Richier, G. Wolsfromm.

Suppléants : MM. Merle d'Aubigné, Powilevicz, L. Wicart, J. Leuret, R. Marchesseaux, Ch. Hubert, F. Moutier.

Le président de ce Conseil provisoire est M. le professeur Balthazard, et le secrétaire général, le docteur B. Lafay.

Ce Conseil a pour tâche de veiller aux intérêts professionnels des médecins de la Seine et d'expédier les affaires courantes pendant la période difficile que nous traversons jusqu'à la capitulation de l'ennemi.

Dès que la France sera libérée, une nouvelle représentation de la profession médicale sera établie, le Corps médical étant appelé à désigner ses représentants par des élections entièrement libres.

Veuillez agréer, mes chers Confrères, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le Comité Médical de la Résistance
du Département de la Seine.

Adresse de l'Académie de Médecine au gouvernement provisoire de la République Française.

« L'Académie de médecine adresse au général de Gaulle et au Gouvernement provisoire de la République l'expression de la joie profonde qu'elle éprouve devant la libération de Paris et d'une grande partie de notre territoire.

Depuis quatre ans, elle n'a pas cessé de lutter pour le maintien de la santé publique menacée par les restrictions imposées ; elle se réjouit de pouvoir contribuer au relèvement de notre pays, dans la liberté de pensée désormais retrouvée. »

L'Académie de chirurgie et la Société médicale des hôpitaux ont de leur côté voté des adresses de félicitations au général de Gaulle et au Gouvernement provisoire de la République française.

Académie de Médecine. — Dans la séance du 24 octobre 1944, M. le recteur Roussy a été élu, à l'unanimité, secrétaire général, en remplacement du regretté professeur Achard.

Académie française. — Le 12 octobre, M. le professeur Pasteur Vallery-Radot a été élu en remplacement de M. Estaunié. Par cette élection, l'Académie a tenu à honorer un savant éminent qui continue si dignement d'illustres traditions familiales, mais il a tenu aussi à rendre un hommage particulier à celui qui fut l'âme de la Résistance médicale.

Dans la même séance, le prince Louis de Broglie, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, a été élu en remplacement de M. Emile Picard. M. André Siegfried, du Collège de France, a été élu en remplacement de M. G. Hanotaux.

Enfin, le Dr Georges Duhamel, secrétaire perpétuel, à titre provisoire, a été confirmé, à l'unanimité et à titre définitif, dans les fonctions qu'il remplit avec tant de courage et d'éclat.

Académie des sciences. — M. Robert Courrier, professeur du Collège de France, a été élu membre de la section d'anatomie et zoologie.

Ministère de l'Information. — M. le professeur Pasteur Vallery-Radot a été chargé de mission auprès du Ministre de l'Information.

Légion d'honneur.

Chevalier à titre posthume : M. N'Goyen Tang Chuan, médecin indochinois de 3e classe de l'Assistance médicale indigène à Dalat (a été cité à l'ordre de la Nation).

Médaille des épidémies. — La médaille d'argent a été attribuée à M. le médecin principal du corps de santé colonial Clerc (Georges), médecin-chef de l'infirmerie-hôpital et de l'assistance médicale de Lang Son : a contracté en service le typhus exanthématique.

Médecins retenus en captivité. — Le *J. O.* du 26 août 1944 publie l'ordonnance du 22 août 1944 relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de chimie biologique et médicale, par le professeur G. Florence (de Lyon). Un volume 13,5 x 18 cm., 1216 pages. Broché 440 fr. Cartonné 480 fr. Librairie Maloine, Paris, 1944.

Entre les traités théoriques et les manuels techniques, le précis de Chimie Biologique et Médicale du professeur G. Florence mérite une place à part.

Au débutant, il fournit le schéma de données solidement établies, car la Chimie Biologique a un acquis déjà considérable.

Au chimiste.

Au pharmacien, il fournit un choix judicieux de techniques soigneusement et complètement décrites, car la chimie biologique est une science expérimentale.

Au médecin, il fournit des éléments qui permettent d'éclairer les conceptions pathogéniques, car il n'est plus de pathogénie sans biochimie.

Au chercheur enfin, il indique les nombreuses théories de la biochimie moderne, dont il a su faire un choix, car la chimie biologique est une science jeune en évolution. Ainsi, il ouvre le champ aux hypothèses. « La conception scientifique n'est-elle pas en effet l'œuvre des jeunes cerveaux », et toute carrière scientifique n'est-elle pas souvent la poursuite d'un rêve fait à vingt ans?

« Questions gynécologiques d'actualité », tome III, fascicule 2, 84 pages, 50 francs, à l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-6e.

Le deuxième fascicule du tome III des *Questions Gynécologiques d'Actualité* vient de paraître.

Il contient une précieuse documentation sur des sujets divers particulièrement d'actualité, avec la collaboration de MM. André Binet, Pierre Mocquot, J.-A. Huet, Turpault, Portes, Jeanneney, Palmer, Beclere, Douay, Ulrich, etc.

Nous y trouvons plusieurs chapitres intéressants, notamment sur la pathologie gynécologique de guerre, l'hormonothérapie, thérapeutique nouvelle, etc. Nul doute que ce nouveau fascicule ne rencontre auprès du public médical le même succès que les trois fascicules précédents, dont la vente en librairie a été épuisée en quelques mois.

Dépôt légal 1944 : 3° trimestre. N° 1. — *Le Gérant:* F. Le Sourd.

10-1944. Imp. de Montsouris, Paris C. O. L. 31.1113. Dépôt légal : 4° trim., n° 202.

N° 16. — 1er NOVEMBRE 1944. 117e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris.

Concours. — Le concours de l'externat aura lieu en décembre.

Le concours de l'internat en février 1945.

Ces indications sont données sous toutes réserves.

Concours spécial de prisonniers (1944). Questions données.

Ecrit. Anatomie. Question sortie : Ligaments de l'articulation du genou sans la physiologie.

Questions restées dans l'urne : Rapports du corps thyroïde sans histologie ni physiologie. — Artère carotide externe sans ses branches. — Nerf cubital à partir du pli du coude et sa physiologie. — Rapports de la glande sous-maxiliaire et physiologie. — Artère poplitée. — Artère utérine et sa physiologie. — Nerf phrénique droit sans sa physiologie. — Rapports du rectum chez l'homme.

Pathologie médicale. Question sortie : Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse de la grande cavité (épanchements du pneumothorax exceptés), signes et diagnostic.

Questions restées dans l'urne : Goître exophtalmique : signes et diagnostic. — Rétrécissement mitral : signes et évolution. — Diagnostic des ictères chroniques par rétention. — Cirrhose de Laënnec : signes et diagnostic. — Pneumo-thorax spontané, tuberculose de l'adulte, signes et diagnostic. — Formes cliniques des insuffisances aortiques. — Coma diabétique, signes, diagnostic et traitement. — Angine diphtérique, signes, diagnostic et traitement.

Pathologie chirurgicale. Question sortie : Cancer du col utérin : signes et diagnostic.

Questions restées dans l'urne : Tuberculose rénale; signes et diagnostic. — Formes cliniques des apendicites aiguës. — Cancer du rectum; signes et diagnostic. — Hernie crurale étranglée; signes, diagnostic et traitement. — Mal de Pott dorso-lombaire; signes et diagnostic. — Calcul du cholédoque; signes et diagnostic. — Fracture du col du fémur; signes, diagnostic et traitement. — Accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine; signes et diagnostic.

Oral. Questions sorties : Anévrysme de la crosse de l'aorte, signes et diagnostic. — Tumeur blanche du genou; signe et diagnostic. — Signes et diagnostic de la maladie d'Ossler (endocardite maligne à évolution lente). — Signes et complications de la luxation antéro-interne de l'épaule.

La liste des candidats nommés a paru dans notre précédent numéro (n° 15, 1944).

Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Le Concours de l'Internat en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, dont la date avait été fixée au 23 octobre 1944, est reporté, en raison des circonstances, à la date du 10 janvier 1945.

Les inscriptions auront lieu du 2 au 16 novembre 1944 inclus à la Préfecture de la Seine, Direction des affaires départementales.

Faculté de médecine de Paris.

Stages bénévoles. — L'attention du Conseil et de l'Assemblée de la Faculté a été attirée sur la situation des jeunes étudiants qui viennent de passer avec succès l'examen-concours de l'A. P. M. et que les événements maintiennent à Paris. Certains ont commencé à fréquenter bénévolement l'hôpital en vue d'une première initiation clinique et beaucoup seraient désireux de les imiter. Le Conseil et l'Assemblée de la Faculté tiennent à faire savoir à ces jeunes gens que les services de clinique et de clinique annexe de la Faculté leur sont ouverts, sans autre condition que l'agrément du chef de service et que leurs aînés se feront un devoir, et un plaisir, de les conseiller et de les guider.

Leçon inaugurale. — M. le professeur Justin-Besançon fera sa leçon inaugurale de la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le mercredi 22 novembre 1944, à 18 heures.

Il continuera son enseignement au même amphithéâtre et à la même heure les vendredis, lundis et mercredis de chaque semaine.

Faculés de province.

Montpellier. — Le 27 octobre l'assemblée des professeurs a procédé à l'élection du doyen. M. le professeur Gaston Giraud, doyen sortant, a été proposé en première ligne par 34 voix. M. le professeur Boulet, député de l'Hérault, a été proposé en deuxième ligne par 28 voix.

Ecoles de médecine.

Angers. — M. le docteur Goyer est institué professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale en remplacement de M. Noulleau, nommé professeur titulaire.

Nantes. — M. le docteur Reyt est institué professeur suppléant de pathologie et clinique médicale en remplacement de M. Paul Véran, nommé professeur titulaire.

Tours. — Par arrêté du 2-10-44, le concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale, qui devait s'ouvrir le 4 octobre, a été reporté à une date qui sera fixée ultérieurement.

Santé publique.

Comité technique des spécialités. — Ont été nommés membres de ce comité : MM. le Doyen Baudoin, les professeurs Bouzault, Hazard, Mlle Jeanne Lévy, MM. le Doyen Damiens, les professeurs Lespagnol, Justin-Besançon, le docteur Lafay, Robert Midy, Aubry et Vaille.

Comité consultatif de la pharmacie. — Il est institué auprès du service central de la pharmacie un comité consultatif présidé par le Ministre de la Santé publique, composé de MM. Damiens, Javilliers, Bougault, Justin-Besançon, Mlle Jeanne Lévy, MM. Bruneau, Gaudin, Delagrange, Mabileau et Mestre.

Laboratoires privées d'analyses médicales. — Il est créé au Ministère de la Santé publique une Commission temporaire chargée d'étudier le statut des laboratoires privées d'analyses médicales. Sont nommés membres de la commission : M. le professeur Polonovski, président; M. le professeur Fleury, vice-président; M. Desbordes, secrétaire général; M. le docteur Cavaillon, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, représentant le Ministre; M. le directeur de la Santé, le chef du service central de la pharmacie; MM. Bonnet, Cuny, Demanche, Durupt, le professeur R. Fabu, Grigaut, Guillaumin, le professeur Justin-Besançon, Landat, le professeur ag. Jeanne Lévy, Mabileau, Maurie, professeur Paget, Paraf, Rousselot et Verain. (« J. O. », 31 oct. 44).

Administration centrale. — Par arrêté en date du 30 octobre 1944, M. le docteur Cavaillon (André), inspecteur général technique au Ministère de la Santé Publique est réintégré dans ses grades, droits et situation, à partir du 30 juillet 1940. (*J. O.* 7 nov. 44.)

Sages-femmes.

Le « J. O. » du 8 octobre 1944 publie un arrêté fixant à 251 le nombre des élèves admis à suivre l'enseignement en vue du diplôme de sage-femme de 1944-1945.

Commission académique d'enquêtes (enseignement supérieur). — M. le recteur Roussy est nommé président de la Commission. MM. les professeurs Lemierre et Vallery-Radot sont nommés membres. (« J. O. », 1er novembre 1944.)

Approbation des élections. — Par ordonnance en date du 2 novembre 1944, l'élection des membres de l'Institut de France est approuvé par décret rendu sur la proposition du Ministre de l'Education nationale.

Education nationale.

Enseignement préparatoire aux études médicales. — Par décret en date du 6 novembre 1944 sont remises provisoirement en vigueur en attendant la réorganisation de l'enseignement préparatoire aux études médicales les dispositions des décrets du 23 janvier et du 6 mars 1934 relatives à l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et biologiques et au certificat d'études délivré à la suite de cet enseignement. Toutefois, le programme de biologie de ce certificat sera élargi dans les conditions qui seront fixées par arrêté du Ministre de l'Education nationale.

Les dispositions du présent décret sont applicables à partir de l'année scolaire 1944-1945. (*J. O.* 8 nov. 44.)

Etablissements publics d'enseignement technique. — Un arrêté en date du 25 octobre 1944 (« J. O. », 1er nov. 44) fixe le taux maximum de l'indemnité annuelle accordée aux médecins dans les écoles nationales d'enseignement technique à 10.000 fr. pour les écoles comportant un internat, et à 6.000 francs pour les écoles comportant seulement un externat.

Ravitaillement.

Comité scientifique du ravitaillement. — Par arrêté du Ministre du Ravitaillement en date du 16 octobre 1944, sont nommés: Président du comité: M. Le Noir; membres: MM. Gabriel Bertrand, Léon Binet, Pierre Chouard, Debré, Hugues Gounelle, Justin-Besançon, Lesné, Ombrédaune, Charles Richet, Schaeffer et Tanon (*J. O.*, 20 oct. 1944.)

Marine.

Ecole du service de santé de la Marine. — Il n'y aura pas de concours d'entrée à l'Ecole de Bordeaux en 1944. Le prochain concours aura lieu en 1945 à une date qui n'est pas encore fixée.

Guerre.

Réintégration d'officiers généraux victimes des lois d'exception. — Sont réintégrés dans la situation où ils se trouvaient au moment où ils ont été atteint par la mesure les concernant et à compter de la même date les officiers généraux ci-après désignés: MM. les médecins généraux Cadiot, Gay-Bonnet, Péloquin, Vallat. (*J. O.*, 20 oct. 44.)

Finances.

Rémunération des médecins phtisiologues. — Un arrêté en date du 7 octobre 1944 (« J. O. », 27 octobre 1944) fixe le taux de la rémunération allouée aux médecins phtisiologues assermentés désignés par l'administration pour la contre-visite des fonctionnaires sollicitant l'octroi ou la prolongation d'un congé de longue durée pour tuberculose: 100 fr. pour la visite, 100 fr. pour le rapport détaillé avec schéma. Autres actes médicaux: radiographies: 250 fr.; inoculation cobaye: 150 fr.; examens des crachats: 60 ou 100 fr., etc. L'arrêté prévoit encore les frais de déplacement et les honoraires pour visites et certains actes médicaux.

Légion d'honneur. Guerre.

Officier: Médecin-colonel Chavialle; médecin-commandant Kassel, ces décorations comportent la croix de guerre avec palme.

Chevalier: Médecin-capitaine Molinier, médecin-commandant Pépin (croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 22 octobre 1944.)

Chevalier à titre posthume: Médecin-capitaine Milliant, tombé le 14 mars 1944 sur le front d'Italie (croix de guerre avec palme).

Médaille militaire.

Burtin (André-Paul-Georges), médecin auxiliaire, Ne tabor marocain (croix de guerre avec palme).

Citations à l'ordre de l'armée.

De Rocca-Serra, médecin-sous-lieutenant, Ne rég. de tirailleurs marocains; Arave, médecin aspirant, Ne B. M.; Labonne, méd. aux.; Mereau, méd.-s.-lieut.; Tchoungui, méd. aux.; Gérard (Edmond), méd.-lieut.; Mornas, méd.-capitaine; Valdemer, méd. auxiliaire.

Légion d'honneur. Marine.

Chevalier à titre posthume: Médecin-capitaine Lion (Robert), du 1er bataillon de fusiliers marins commandos (croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 24 octobre 1944.)

Comité national des médecins français.

Le comité national des médecins français (adhérent au Front national) a tenu le 5 novembre une réunion d'information à son siège 23, quai d'Orsay (7e).

Le docteur Laporte, médecin des hôpitaux, a rappelé les étapes de la formation du comité dans la clandestinité. Il a développé ensuite les projets de reconstruction et de rénovation qui s'imposent dans le domaine médical et sanitaire et qui sont en accord avec les directives du général de Gaulle. Enfin il a tenu à déclarer que le Comité national n'est pas communiste mais qu'il a admis quelques confrères communistes pour montrer son indépendance vis-à-vis de toutes les croyances et toutes les opinions.

Le docteur Weiller, médecin des hôpitaux, a confirmé les déclarations du docteur Laporte et a donné connaissance du comité directeur du Conseil national.

Parmi les réformes envisagées l'orateur envisage la création d'un grand **ministère de la population**, réunissant la Santé publique, l'Hygiène, l'urbanisme rendu nécessaire pour la destruction de tant de constructions.

La lutte contre la dépopulation, l'alcoolisme, la tuberculose sont les premières tâches qui s'imposent si les Français veulent que leur pays reste une grande nation.

En ce qui concerne la profession, M. Weiller fait un appel en faveur du médecin de famille.

L'enseignement devrait être réformé par l'octroi d'un statut des professeurs qui devraient se consacrer à l'enseignement seul.

Le corps hospitalier devrait faire une grande part à l'enseignement. Enfin les mutations de professeurs devraient devenir une règle. Les stages d'un an à la fin des études (stages internés) ne supprimeraient pas le concours de l'internat pour ceux qui désirent faire un stage hospitalier de plusieurs années, enfin des stages d'instruction à intervalles plus espacés seraient imposés à tous les médecins. La création d'équipes de travailleurs ou de chercheurs paraît un des points originaux de ces projets que nous avons à peine esquissés.

L.

Académie de Médecine. — Election du secrétaire général. — L'élection de M. le recteur Roussy au poste de secrétaire général en remplacement de M. Achard a été triomphale. L'Académie a tenu à rendre hommage à un savant éminent dont l'activité et la puissance de travail sont exceptionnelles. Elle a tenu aussi à honorer le grand recteur de 1940 qui fut l'inspirateur et l'animateur de la résistance intellectuelle.

On ne peut oublier ces conférences de la Sorbonne où, tour à tour, pendant le triste été de 1940, des conférenciers, médecins, littérateurs, hommes de sciences, venaient tous les soirs, pendant une heure parler *en français*, devant *des Français*. Ceux qui ont vécu à Paris les heures douloureuses du début de l'occupation ont gardé un souvenir profond des heures de réconfort moral qu'ils doivent au recteur Roussy, heures de réconfort, mais aussi d'espérance.

F. L. S.

Nécrologie.

— Le professeur Pierre Lereboullet, médecin honoraire de l'Hospice des Enfants Malades, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 8 novembre 1944, à l'âge de 70 ans.

— Le docteur Alexis Carrel, professeur au Rockfeller Institut de New-York, associé national de l'Académie de Médecine, correspondant national de l'Académie des Sciences, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 3 novembre 1944.

— Le Dr Marcel Maljean, décédé à Orléans le 2 septembre 1944.

— Le Dr Beyrand, décédé à Enghien le 21 octobre 1944.

— M. Bernard Basset, interne des hôpitaux de Paris. Nous prions son père, le Dr Antoine Basset, chirurgien des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression de notre très profonde sympathie.

— M. Pierre-Albert Richet, brigadier-chef aux spahis marocains, mort pour la France, sur le front d'Italie, à l'âge de 23 ans. Il était le fils de M. Alfred Richet, le petit-fils du professeur Charles Richet, et le neveu de nos chers collègues Charles Richet, actuellement prisonnier en Allemagne, et Edmond Lesné. Plusieurs deuils ont déjà atteint la famille Richet dont tous les membres ont toujours servi la France sans reculer devant les épreuves ni les sacrifices.

— Dr Paul Froment, médecin assistant à l'hôpital Cochin, décédé à Osmoy (S.-et-O.), le 12 octobre 1944.

— Le Dr Jacques Dugas, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin assistant à l'hôpital Broussais, décédé accidentellement à Paris, le 16 octobre 1944.

— Le Dr Bernard Desmons, 70, avenue des Gobelins, à Paris, décédé le 29 octobre 1944.

REVUE GÉNÉRALE

L'AVENIR FONCTIONNEL
DES
GASTRECTOMIES TOTALES

par le Professeur E. Mériel (Toulouse).

Les fonctions physiologiques de l'estomac sont nombreuses, on le sait : outre son action principale dans la digestion, les recherches modernes lui ont également reconnu une influence sur l'hématopoïèse, sur la régulation du métabolisme minéral, et enfin sur la régulation hormonale. Dès lors il vient à l'esprit de se demander si l'ablation d'un organe aussi utile à la physiologie de notre économie peut être supportée sans dommage.

A cette question, l'expérimentation sur l'animal a répondu favorablement. Pour ce qui est de l'homme malade, les résultats fonctionnels donnent par contre matière à discussion. Il est bien certain d'abord qu'on ne peut, en toute justice, superposer exactement les résultats expérimentaux observés chez le chien à ceux de la clinique humaine, où interviennent tant de facteurs de gravité. L'âge, l'état général, la nature même de la maladie (cancer ou ulcère) influent diversement sur les suites opératoires, à plus ou moins longue échéance ; c'est là une notion banale. De ce fait, le jugement est-il rendu difficile si on envisage l'avenir des gastrectomies ; seules les statistiques importantes d'un même chirurgien très entraîné à ces virtuosités opératoires, et tenant compte de ces divers facteurs de gravité, mériteront considération.

Ce n'est pas tant la question de survie qui soit seule à examiner après une gastrectomie. Que vaut en effet cette survie si on examine les conditions physiologiques et fonctionnelles dans lesquelles elle se poursuit ? Voilà ce qui est à envisager. Pour cela, la radiologie nous révélera la marche du transit digestif, puis nous demanderons à la biologie de nous renseigner sur l'hématopoïèse, l'équilibre acido-basique, l'insuffisance vitaminique chez l'homme agastre. Ainsi renseignés sur les résultats fonctionnels des diverses gastrectomies, nous pourrons mieux établir leurs indications respectives dans le cancer ou l'ulcus.

Pour certains (Sénèque, Gaudart d'Allaines, Lortat-Jacob, Hepp, Beaufils) l'avenir des gastrectomies se révèle très favorable ; d'autres par contre (Soupault, Gatellier) tendraient à se montrer moins affirmatifs ; il y a là une divergence d'opinion que nous tâcherons d'expliquer.

On peut d'abord se demander si tous s'entendent bien sur le sens exact à donner au mot gastrectomie. Il importe en effet de séparer la gastrectomie *vraiment totale*, c'est-à-dire la résection de l'estomac depuis le pylore jusqu'à la coupole diaphragmatique, des autres variétés de gastrectomies subtotales (juxta-cardiaques, sous-cardiaques, tubérositaires) qui ne sont que des résections segmentaires plus ou moins élargies. Dès lors il est facile d'admettre que, dans le moignon gastrique restant, capable de reconstituer une nouvelle poche, une fonction même restreinte d'estomac puisse encore s'exercer et, par suite, influencer favorablement l'avenir fonctionnel des gastrectomisés ; au contraire, si la résection a été anatomiquement totale, ce reliquat fonctionnel ne pourra se produire, et cela change évidemment l'aspect de la question. On ne peut plus mettre en parallèle les résultats de ces deux résections anatomiquement différentes, et cette discrimination entraînera des conclusions thérapeutiques opposées.

Ce point de départ établi, voyons d'abord quelles sont les suites fonctionnelles de la gastrectomie vraiment totale.

Pour ce qui concerne le fonctionnement de la branche anastomotique, et l'état de l'œsophage et celui de l'intestin sous-jacent, la radiologie a montré à Ducuing et Soula (1937) que la bouche anastomotique fonctionnait de façon normale : parfois même il existait une légère dilatation de l'œsophage. Des examens faits de un à trois ans après la gastrectomie totale chez le même chien, n'a pas montré de dilatation compensatrice.

Chez l'homme, l'œsophage et la bouche anastomotique ont été constatés normaux par la plupart des auteurs. Quelques-uns ont signalé toutefois une certaine dilatation de la partie inférieure de l'œsophage ; la sténose qui la provoque serait exceptionnelle et, dans un cas, a cédé à des dilatations périodiques.

La radiologie a aussi permis de constater qu'après œsophago-jéjunostomie termino-latérale, il s'était formé un véritable réservoir fonctionnel qui a l'apparence d'un estomac. « Celui-ci, dit Gaudart d'Allaines, est haut situé et hypertonique ; la poche à air est volumineuse et présente des contours réguliers. Elle ne vient pas au contact de la coupole diaphragmatique gauche ; même en décubitus, cet estomac s'évacue normalement par la bouche anastomotique ». Aussi dans cette intention de constituer un tel réservoir capable de remplacer l'estomac pour déverser peu à peu le bol alimentaire dans l'intestin, divers chirurgiens ont fait des jéjuno-jéjunostomies complémentaires. Mais ces techniques, par le nombre de sutures qu'elles nécessitent, ont aggravé le pronostic opératoire, sans compensation d'un réel résultat fonctionnel. Le pronostic est meilleur en s'en tenant à l'œsophago-jéjunostomie termino-latérale.

D'autre part, l'étude radiologique du transit a montré à Meyer Burgdorff que, au début, la traversée du grêle est très rapide, puisque en une heure et demie, le cœcum et le côlon ascendant sont injectés puis cette accélération se ralentit et la baryte n'atteint plus le gros intestin que 7 à 10 heures après. Il s'en faut cependant que l'accord soit unanime : tandis que Troell dit que le temps du transit est « normal », Schwartz a constaté qu'il durait 19 heures et Dravermann 26 heures. Heilmann parle d'un transit de 18 heures avec hyperpéristalisme de tout le tube digestif.

On a pu, en outre, constater la formation de dilatations jéjunales. Celles-ci, au dire de Beaufils, ne semblent pas assez importantes pour mériter le nom de deuxième estomac. On n'observerait sur celui-ci qu'une stase plus ou moins accentuée ; mais, par contre, cette dilatation permettrait au bol alimentaire de ne pas être brusquement déversé dans le grêle. Cet arrêt temporaire favorise-t-il la digestion, ou bien est-il à l'origine de certains malaises qui interdisent des repas d'abondance normale ? C'est un point qui reste à préciser. Enfin il faudrait s'assurer si l'écoulement du contenu duodénal ne se trouve pas gêné si l'on n'a pas pratiqué d'anastomose au pied de la première anse jéjunale.

En résumé, on sait déjà que « l'absence totale d'estomac n'a pas pratiquement les conséquences fonctionnelles graves que l'on serait en droit de craindre théoriquement. Ce fut une grande surprise quand les expériences de Gemy et Kayser sur le chien et surtout l'opération de Schlatter (1898) sur l'homme démontrèrent la possibilité et même la facilité de vivre sans estomac. » (Ducuing, Soula, Frænkel). L'estomac avait été considéré comme l'organe très important de la digestion.

En effet l'estomac présente deux fonctions : l'une motrice, l'autre sécrétoire par laquelle les aliments subissent des transformations pendant la durée de leur séjour gastrique qui influeront sur leur digestion ultérieure. Or, leurs expériences ont montré à Ducuing et Soula que les chiens agastres mangent beaucoup plus lentement ; les vieux gastrectomisés ont besoin de tout l'après-midi pour absorber leur repas. Rarement ces chiens ont eu de la diarrhée, contrairement à ceux d'Ivy. On peut donc dire que, expérimentalement, la suppression de l'estomac est compatible avec une longue survie, mais que, au point de vue de la fonction motrice, quelques troubles sont à signaler.

Chez l'homme, opéré de gastrectomie totale, on a observé un appétit souvent bon et même exagéré. Sa possibilité de manger est parfois restreinte parce que, malgré un appétit constant, un sentiment de plénitude empêche rapidement les malades de continuer leurs repas (Ducuing et Soula). De plus, on a noté assez souvent des symptômes de stomatite et de diarrhée qui obligent à atténuer le régime, voire même à faire absorber une solution d'acide chlorhydrique et de vitamine (Allew). A un malade de Haberer chez qui la viande passait directement dans les selles sans être digérée, il fallait faire absorber de la pepsine-acide chlorhydrique pour améliorer la digestion. Celle-ci se troublait à nouveau si on supprimait la pepsine.

En outre, on a remarqué qu'il était nécessaire, dès la reprise de l'alimentation par la voie buccale, de réglementer rigoureusement les aliments, en raison de la suppression des fonctions motrices stomacales. On donnera des repas très réduits en quantité mais fréquents, et à une température moyenne, après quoi la plupart des opérés s'adaptent peu à peu à leur situation et finissent par s'alimenter sans inconvénient, comme tout le monde.

Si l'accord semble fait sur la fonction motrice, il n'en va pas de même pour la fonction sécrétoire. Le bilan nutritif consécutif à son remplacement contient encore bien des lacunes. En 1929, Burger assurait que « il n'existe pas de recherches précises sur l'utilisation des aliments après l'extirpation totale de l'estomac ». On possède cependant quelques résultats. Ainsi, pour certains auteurs, la digestion des albumines serait à peu près normale. Hoffmann et Wrobloski, examinant le malade de Schlatter plusieurs mois après son opération, et le soumettant à des régimes variés, constatèrent que les albumines étaient normalement digérées.

Au surplus, Bürger, avec les mêmes régimes, observa que le bilan de l'azote était presque toujours le même, sauf pendant un régime riche en graisses, auquel cas la proportion d'azote devenait plus importante. Pour l'assimilation des graisses, Heilmann constate un déchet de 52 %. De façon générale enfin, on peut dire avec Bürger que les graisses sont mal digérées ; la preuve en est fournie par la découverte des graisses dans les fèces.

Mais d'autres auteurs (Karlmark, Troell et Losell) considèrent comme normale cette digestion des graisses. Ces dernières opinions cadrent très bien avec les expériences de Moritz qui démontrent que la digestion principale de ces substances est faite normalement dans l'intestin. Soula adopte l'opinion que la digestion des graisses est due aux réflexes mécaniques causés par le passage des aliments à travers le duodénum ; attendu que chez les gastrectomisés l'arrivée directe des aliments dans le duodénum suffit à déclencher une sécrétion pancréatico-biliaire qui donnerait une utilisation satisfaisante des aliments même en l'absence de digestion gastrique. Il est dès lors évident, concluent Ducuing et Soula, que chez le sujet gastrectomisé, c'est « dans l'ordre des excitants mécaniques ou psychiques qu'il faut chercher l'excitant des sécrétions intestinales ».

Bien que la physiologie de la digestion chez les sujets agastres ne soit pas, comme on le voit, absolument établie sur certains points, il n'en demeure pas moins acquis que « l'ablation totale de l'estomac n'a pas de conséquences graves et que le comportement de la plupart des opérés est plutôt bon. » (Ducuing et Soula). L'agastrie entraîne donc des troubles digestifs, en général peu intenses, reconnaît de son côté Beaufils

dans sa thèse très documentée (Paris, 1943). D'ailleurs les troubles fonctionnels qu'on a observés sont heureusement influencés par la pepsine seule ou associée à l'acide chlorhydrique. Cependant, chez l'une des malades de la thèse de Beaufils, l'étude des déchets alimentaires a montré une digestion satisfaisante, mais chez l'autre des signes d'insuffisance gastrique et intestinale. Cela témoigne que « le remplacement médicamenteux de la fonction sécrétoire de l'estomac espéré par certains auteurs n'est pas réalisé. Le problème est plus complexe, conclue-t-il, et l'on ne supprime pas un estomac sans risques ». Ceux-ci doivent néanmoins être minimes attendu qu'on n'a pas relaté de troubles digestifs graves retentissant fâcheusement sur l'état général. Celui-ci a d'ailleurs une part importante à considérer dans l'apparition de ces troubles, d'où peut découler une contre-indication à l'opération.

D'autres fonctions de l'organisme sont influencées par l'agastrie. C'est ainsi qu'il a été constaté une *anémie agastrique*, à la suite de gastrectomie totale, comme on en constate également après la gastrectomie subtotale, mais avec des différences qu'il importera de mettre en évidence.

Les travaux de Castle ont établi qu'il existait dans la muqueuse gastrique une substance de nature indéterminée (enzyme ou hormone ?) grâce à quoi l'estomac semble jouer un rôle important dans l'hématopoïèse. L'expérimentation chez le chien a montré à Ivy (1931), à Mann et Gratien (1932), mais surtout à Ducuing, Soula et Miletzky (1936), sur neuf chiens gastrectomisés et suivis depuis plus de trois ans, que les examens hématologiques révélaient ce qu'on pourrait appeler un état d'anémie hypochrome légère qui, sous des influences occasionnelles, présente une acuité plus grande. L'organisme du chien est un terrain propice à l'anémie. La gastrectomie totale semble priver l'organisme d'un élément utile à la régénération globulaire et hémoglobinique ». Comment l'estomac intervient-il dans le cycle hémopoiétique, ces auteurs ne peuvent le préciser. Mais le fait demeure que l'animal gastrectomisé est apte à répondre à une médication stimulant les organes producteurs des hématies (opothérapie splénique et gastrique). La baisse de l'hémoglobine semble ne pouvoir être conjurée que par le fer en plus. En effet Fontès, Kulin et Thivolle (1936) sur des chiens qu'ils avaient soumis à un régime carencé en fer, ont observé secondairement une anémie hypochrome, l'hémoglobine baissant plus vite que les hématies. L'autopsie de ces animaux a montré que les réserves martiales du foie et de la rate avaient disparu. L'absence de Hcl gastrique déterminerait donc, par défaut d'ionisation du fer, une absence d'absorption de ce métal. Cette carence martiale provoque une amartiose, puis une anémie hypochrome secondaire. De tout ceci, il faut retenir que les animaux gastrectomisés manifestent fréquemment des états d'anémie à caractère hypochrome et microcytaire, qui peuvent être graves.

Chez l'homme, les résultats des gastrectomies totales soulèvent une objection primordiale : la plupart de ces opérations ont été pratiquées pour des cancers, lesquels modifient, comme on le sait, plus ou moins gravement, la formule sanguine (déglobulisation avec chute de l'hémoglobine et leucocytose). Dans ces conditions, si, après une gastrectomie totale pour cancer, on voit survenir d'abord une période de mieux-être, au bout de quelques mois on assiste à une altération de l'état général et l'examen du sang révèle une anémie agastrique d'essence physiologique ou une anémie par récidive cancéreuse, les deux processus pouvant d'ailleurs se trouver associés. L'évolution seule tranchera la question. Cette cause d'erreur se trouve naturellement exclue de la gastrectomie pour ulcus.

Ceci admis, on a pu observer deux types d'anémie agastrique : les anémies pernicieuses (type hyperchrome) assez nombreuses pour Fasiani et Chiatellino, observées par Moynihan et Mayo, dues à la suppression de la substance antianémique de Castle, et l'anémie hypochrome plus fréquente. Celle-ci serait secondaire à une assimilation insuffisante du fer, facilitée par l'anachlorhydrie. Certains ont voulu l'attribuer à une insuffisance vitaminique. Cette anémie, fréquente au dire des Américains, apparaîtrait tardivement (cas de Hartmann et de Moynihan). Un malade de Lobenhoffer serait mort d'anémie pernicieuse onze ans après l'opération. Cependant, en ce qui concerne la fréquence, une note discordante est donnée par von Haberer, qui en a vu 0 sur 2.000 gastrectomies et Finsterer 1 cas sur 2.500. Quoi qu'il en soit de ces divergences, l'étude des observations cliniques ne montre pas de troubles anémiques aussi graves que ceux observés en expérimentation. Ce que l'on voit assez souvent après quelques mois, c'est une anémie légère à type hypochrome, mais sans signes cliniques. Allen, estimant que ces anémies peuvent être mises sur le compte des restrictions alimentaires post-opératoires, autorise un régime riche en viande et en vitamine C. Contre cette anémie hypochrome, la thérapeutique martiale, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, seule ou associée à des préparations de foie ou d'estomac, a procuré d'appréciables améliorations.

Selon que le trouble anémique se produit au détriment du fer ou du facteur antianémique, le type d'anémie sera hypochrome ou hyperchrome (Annes-Dias).

Malgré tout, il reste encore des inconnues dans cette question, surtout pour expliquer les survies de quelques années, car on a observé des anémies tardives qui ne réagissent plus au traitement médical, et cela en dehors de toute récidive cancéreuse vérifiée à l'autopsie.

Mettant donc à part l'anémie des cancéreux — qui ne peut être un argument contre la gastrectomie totale, seule intervention logique en cas de cancer — l'apparition de cette anémie auprès des gastrectomies totales pour ulcus haut situés, a une tout autre valeur, car elle est susceptible de nous rendre plus réservés à l'avenir en ce qui concerne les indications opératoires.

En outre de l'hématopoïèse, l'estomac intervient dans le maintien de *l'équilibre acido-basique ;* dès lors, on peut se demander si celui-ci ne va pas être modifié par la suppression de HCl. A l'état normal, l'alcalinité sanguine augmente pendant la digestion dans une proportion équivalente à la production de HCl, et l'on observe en même temps une diminution de l'acidité urinaire. Walters a constaté que la concentration des chlorures dans le sang n'avait pas baissé chez l'homme agastre et que l'acide carbonique du sang était resté dans une proportion normale, ainsi que la *réserve alcaline*. L'agastrie ne modifie donc pas la régulation acido-basique.

Enfin on s'est demandé si la suppression des fonctions de l'estomac n'avait pas de répercussion sur d'autres systèmes de l'organisme (foie, pancréas, système nerveux). Krauss a même décrit des *troubles endocriniens* dus à l'achylie, et enfin Morris a pu rattacher des troubles intestinaux graves à l'anémie s'accompagnant de carence de vitamine B. Ces données appellent encore trop de nouvelles recherches pour pouvoir en faire état ici.

Si nous examinons maintenant, par comparaison avec le précédent, l'avenir fonctionnel des *gastrectomies subtotales*, nous sommes frappés par les différences d'évolution. Sénèque, qui a fait récemment une étude judicieuse de la question, classe ses opérés revus après des mois et des années de distance en deux groupes : tantôt leur avenir s'est montré très favorable, parce que l'opéré n'a présenté aucun trouble consécutif, tantôt, au contraire, l'avenir a été assombri par des troubles et des complications.

Les opérés du premier groupe ont vu disparaître les troubles douloureux, les vomissements et les hémorragies. Dans ces cas d'évolution heureuse, la courbe pondérale a accusé un gain de 2 à 3 kilos par mois, et quelquefois même davantage; il n'est pas exceptionnel de voir ces opérés reprendre 10 à 20 kilos en deux années.

Le taux de l'hémoglobine restera ici de 85 ou 90 % du chiffre normal, et le nombre des globules se fixera aux environs de 4 millions à 4.500.000. D'après Soupault et Fauvert — dont l'article constitue l'étude la plus récente — aucun chiffre globulaire ne serait inférieur à 3.500.000, et sans qu'il y ait anomalie de volume ou de forme des hématies. L'étude de la formule leucocytaire ne leur a révélé que des anomalies modérées et inconstantes. Le chiffre des globules blancs est variable, mais la leucopénie serait fréquente. Même en pratiquant systématiquement des myélogrammes — dont il faut leur reconnaître la priorité — Soupault et Fauvert n'ont jamais trouvé de « réaction érythrocytaire du type embryonnaire susceptible d'évoquer un processus biemérien. L'absence constante de mégaloblastes est une constatation décisive pour éliminer l'éventualité de formes larvées d'anémie pernicieuse. » Ces auteurs concluent donc que la gastrectomie (subtotale bien entendu) ne comporte pas comme conséquence habituelle l'apparition d'une anémie importante; les anémies secondaires et tardives sont des faits isolés dont il faut chercher l'origine dans des prédispositions individuelles de terrain. S'il se produit dans ce cas une très légère hypoglobulie, elle reste à la limite des chiffres physiologiques, sans traduction clinique. On voit donc la différence de réaction après les deux variétés de gastrectomies.

L'examen radiologique (scopie et graphie) de la bouche anastomotique a pu montrer parfois quelques irrégularités de la petite courbure du moignon gastrique et faire ainsi croire à tort à une récidive cancéreuse. L'évacuation variera suivant les sujets et les examens. Tantôt, écrit Sénèque, on constatera une évacuation en trombe à travers une bouche incontinente, tantôt — et c'est le cas le plus fréquent — le mode d'évacuation se rapprochera de la normale, c'est-à-dire selon un rythme intermittent. S'il vient à se produire un reflux duodénal, il ne faut pas y voir une complication, car il ne donne aucun trouble clinique.

Les fonctions digestives chimiques sont-elles atteintes par la mutilation gastrique ? Si les conditions sécrétoires de l'intestin grêle subissent certainement des bouleversements en rapport avec la résection gastrique partielle, si les segments intestinaux supérieurs sont le siège d'un processus de fermentation qui, normalement a lieu plus bas, « on peut dire que dans l'ensemble l'intestin grêle s'adapte remarquablement à son nouveau régime fonctionnel et que la suppression des deux tiers supérieurs de l'estomac qu'entraîne la gastrectomie subtotale est bien tolérée par l'organisme » (Sénèque et Ch. Marx). En bref, la gastrectomie subtotale pour ulcère donnerait 80 à 85 % de bons résultats.

Mais il ne faut pas oublier que l'avenir peut être assombri par l'apparition de troubles divers. Douleurs, vomissements, hémorragies, altération de l'état général obligeront l'opéré à venir consulter plusieurs mois ou plusieurs années après son opération. Les troubles dyspeptiques (*le syndrome du petit estomac*) consistent en pesanteur épigastrique, tachycardie et gêne respiratoire ou bien une sensation de faim immédiatement après le repas, accompagnée de ballonnement et de digestion difficile.

Plus sérieuse est l'apparition de la diarrhée — surtout après les gastro-jéjunostomies — car elle est sous la dépendance d'une gastro-jéjunite de la bouche. Si celle-ci résiste à toute thérapeutique, elle peut entraîner un notable amaigrissement. C'est également après les jéjunostomies qu'on observe la dyspepsie de fermentation (de Morovitz, Bergmann), qui paraît céder, selon Haberer et Kelk à l'ingestion de HCl.

De ceux-ci on peut rappocher les troubles vésiculaires (7 fois sur 1.000 cas) avec signe de Murphy et gastralgie, signalés pour la première fois par Sénèque et Ch. Marx.

Plus importants sont les autres troubles (vomissements, douleurs, hémorragies) isolés ou associés; ils ont été observés après les gastro-duodénostomies ainsi qu'après les gastro-jéjunostomies.

Tout ceci établit donc une différence manifeste dans le pronostic fonctionnel dans chaque catégorie de gastrectomie.

Pour ne rappeler qu'un exemple, l'anémie pernicieuse qui est d'observation assez fréquente après la totale est au contraire plus rare après la subtotale puisque Brulé, Hillemand et Loupias (1940) n'en ont pas noté un cas sur 50 opérés revus à longue échéance. Ce ne serait d'ailleurs qu'une petite anémie (59 % d'hypochrome sur 20 % des opérés).

On peut donc conclure que la résection gastrique est remarquablement supportée au point de vue physiologique, sous la réserve d'un régime approprié. Au point de vue pathologique, l'avenir dépend de la maladie causale. S'il s'agit de cancer, l'avenir restera sombre, parce que les malades se présentent le plus souvent trop tard. Par contre, il se montre satisfaisant dans l'ulcère dans 85 % des cas, tandis que 15 % présentent des accidents d'importance variable (Sénèque).

C'est pourquoi la gravité plus grande de la gastrectomie totale et ses suites moins bonnes doivent suffire à rendre exceptionnelles ses indications dans l'ulcus (très étendu et très haut situé).

Dans le cancer, la survie est plus courte, elle ne dépasse guère deux ans; la plus longue, au dire de Beaufils, aurait été de 4 ans 8 mois; la mort survient par récidive ou métastase.

Malgré cela, il faut reconnaître que dans les cas avancés, la gastrectomie totale a procuré une période d'amélioration et de bien-être, ce qui est déjà un avantage. Il serait assurément plus grand si les malades arrivaient au chirurgien à un stade moins avancé. Si l'on parcourt la littérature française dans ces quelques dernières années, dit A. Gosset, les opérations faites dans des conditions excellentes sont encore exceptionnelles. « Il meurt, ajoute-t-il, plus de malades par des erreurs ou des ignorances radiographiques, que par des imprudences chirurgicales. » Il faudrait, en effet, comme le conseille Gutmann, considérer tout trouble gastrique récent, récidivant ou persistant, comme une maladie grave, jusqu'à preuve du contraire, laquelle sera donnée par l'examen radiologique fait en plusieurs clichés, et en faisant varier les positions et les incidences. « Pas de clinique sans radiologie; pas de radiologie sans clinique », tel est l'aphorisme de Gutmann qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit.

Aussi, dans un cancer qui aura été ainsi diagnostiqué tôt, pourra-t-on espérer voir s'améliorer le pronostic assez sombre jusqu'ici de la gastrectomie totale qui, cependant, doit demeurer comme pour le sein, l'utérus et le rectum, l'opération large qu'il faut logiquement pouvoir préconiser. Puisqu'il est acquis qu'*un sujet peut vivre sans estomac, et s'alimenter normalement*, il est à souhaiter que l'emploi de cette opération, qui a perdu son renom de gravité fatale, voie ses indications étendues à des lésions plus près de leur début et ainsi la gastrectomie totale, « devenant plus banale, plus fréquente, finira par être considérée comme l'opération idéale dans le cancer gastrique au début ». (G. d'Allaines et Rochet (Acad. de Chir. 1941).

Dans l'ulcus même haut situé, la subtotale aidée de traitements modernes (hormones sexuelles) garde au contraire sa primauté; ce sont ces différences respectives d'indications qu'il nous a semblé utile de préciser.

Références bibliographiques récentes :

Ducuing, Soula et Frankel. — (*Journ. de Chir.* 1934, t. XLIV.)

Ducuing, Soula et Miletzki. — L'anémie gastrique expér. (*Le Sang*, 1936, t. X.)

Ducuing, Soula et Baisset. — (*Journ. de phys. et de path. gén.*, mars 1933.)

Ducuing et P. Fabre. — (*Soc. de Chir. de Toulouse*, mars 1934.)

Pauchet. — (*Soc. de Chir.*, 1900; *Gaz. des Hôp.*, 1900; *Acad. de Méd.*, 1921.)

Pauchet et Hirschberg. — (*Cancer de l'estomac*, Doin, 1928.)

J. Hepp. — (*Soc. de gastro-entér.*, 8 nov. 1943; Sénèque (*Acad. de Chir.*, 21 janvier 1943). L'avenir des gastrectomisés (*Maladies actuelles*, 1 vol., Masson 1942.)

G. d'Allaines. — (*Acad. de Chir.*, 1941 et 1942.)

Annes-Dias. — L'Agastric. (*Presse Méd.*, 16 mars 1938.)

Banzet. — (*Sem. méd. des Hop.*, nov. 1941.)

Chiatellino et Pasiani. — (*Vie médicale*, août 1937.)

Leroux et Vermes. — Anémies agastriques. (*Le sang*, 1939.)

Métivet. — (*Acad. de Chir.*, 1939.)

Lortat-Jacob. — (*Acad. de Chir.*, 1941.)

Santy, Mallet-Guy, Chambon et Folliet. — (*Lyon Chir.*, nov. 1938.)

Santy, Mallet-Guy et Chambon. — (*Lyon méd.*, nov. 1938.)

Soupault et Fauvert. — Le retentissement des résect. gastr. sur l'hématopoïèse. (*Journ. de Chir.*, 9-12-1943.)

Beaufils. — Résultats fonct. de la gastr. tot. (*Thèse de Paris*, 1943.)

A. Gosset. — Phases initiales du cancer gastrique. (*Journ. de Chir.*, 9-12-1943.)

Walters. — *Thhe Journ. of Am. méd. Ass.*, 18 mars 1933.
— *Mayo Clin.*, 28 juillet 1937.

UN FAIT NOUVEAU

DANS

L'ALLERGIE CUTANÉE TUBERCULINIQUE

Révélation spontanée sous l'influence de la primo-infection, normale ou vaccinale, de tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives et pratiquées plusieurs semaines ou plusieurs mois auparavant

par

Max Fourestier et Michèle della Torre (Paris).

Voici tout d'abord, avant toutes considérations générales, les observations cliniques et expérimentales nous autorisant à décrire ce phénomène biologique nouveau qui doit occuper sa place dans le cadre général de l'allergie cutanée tuberculinique.

1° L'un de nous (1) a récemment publié dans la « Presse médicale » l'observation curieuse d'un jeune homme de vingt-deux ans, asthmatique, chez lequel l'examen radiographique révélait comme seul symptôme objectif une grosse adénopathie médiastinale. L'état général était excellent. Sur la constatation du B.W. partiellement positif, le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique par des injections de bismuth, et, très rapidement, en quelques semaines, les crises d'athme disparurent en même temps que s'effaçait l'intumescence ganglionnaire médiastinale. L'étiologie hérédo-syphilitique de cet asthme bronchique ganglionnaire, malgré l'effet du traitement, n'était nullement prouvée. Mais là ne résidait pas l'intérêt de cette observation. En effet, au cours de l'enquête étiologique, toutes les tuberculino-réactions cutanées à la tuberculine (y compris l'intradermo-réaction de tuberculine brute) avaient été négatives. L'état général était excellent et on ne pouvait incriminer aucune cause anergisante quelconque pour expliquer la négativité absolue des tests cutanés tuberculiniques. La cause de cette adénopathie médiastine ne pouvait être la tuberculose, et la régression rapide de l'hypertrophie ganglionnaire comme la conservation de l'état général étaient des arguments de valeur contre cette étiologie. Or, huit mois après la première consultation, en pleine santé, après guérison des crises d'asthme et disparition depuis de longs mois de l'adénopathie médiastinale, brusquement et spontanément, en dehors de toute action thérapeutique, sans nouvelles sommations tuberculiniques, les deux intradermo-réactions antérieurement négatives (de tuberculine brute (2) et au 1/10e) devinrent fortement positives. Aucune erreur n'était possible. C'était bien là deux réactions intradermiques tuberculiniques fortement positives, une sur chaque bras, et de qualité réactionnelle identique. Aucun autre diagnostic local (prurigo, echtyma, furoncle, etc...) ne pouvait être posé. Seules les intradermo-réactions de tuberculine brute et au 1/10e s'étaient manifestées spontanément avec ce retard extraordinaire de huit mois. La cuti et l'intradermo-réaction au 1/100e resaient muettes. A partir de cette date, l'allergie cutanée tuberculinique fut retrouvée constamment par la banale cuti dans des délais d'apparition et d'extériorisation tout à fait normaux.

Pour expliquer ce phénomène biologique si curieux, l'un de nous émettait cette hypothèse : Ce jeune homme de 22 ans avait fait, pendant les huit mois qui suivirent la réalisation des tests cutanés tuberculiniques, pendant la guérison des crises d'asthme, sa primo-infection inapparente. Une infection paucibacillaire avait sensibilisé la zone dermique fortement imprégnée au préalable par la tuberculine, et s'était révélée cliniquement par « l'éveil » d'intradermo-réactions cutanées devenues spontanément positives alors qu'elles étaient négatives huit mois auparavant. Il n'y avait pas eu virage tardif des tuberculino-réactions cutanées, mais, à l'occasion de la primo-infection, une « flambée allergique d'une tuberculine intradermique jusque-là inactive.

2° A la séance du 13 novembre 1943 de la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose, Mlle de Neyman et E. Barré (3) ont fourni la confirmation clinique de cette hypothèse. Dans cinq observations (trois élèves infirmières, une étudiante en médecine, une élève de l'Ecole Normale Supérieure), ces auteurs ont noté le virage spontané, *sans nouvelles sommations tuberculiniques*, au moment de la primo-infection, d'anciennes cuti-réactions pratiquées plusieurs semaines ou plusieurs mois auparavant. Voici, à titre d'exemple, une de leurs observations, la quatrième de leur mémoire :

Obs. (résumée). — R... Irène, 19 ans, élève infirmière. Octobre 1940, cuti négative ; tous les mois, cuti négative. Octobre 1941, au cours d'un stage, contact avec tuberculeux ; 20 octobre, cuti négative ; 10 novembre, les 12 scarifications anciennes ont brusquement viré ; mise au repos ; 15 novembre, épisode fébrile persistant ; 27 novembre, adénopathie hilaire gauche importante ; mars 1942, adénite cervicale ; juin 1943, polysérite, actuellement très améliorée.

(1) Max Fourestier. Réaction cutanée tuberculine positive huit mois après l'injection intra-dermique. Conditions d'apparition extraordinaires de l'allergie cutanée tuberculinique chez un jeune homme de 22 ans. *La Presse Médicale*, 17 juin 1944, n° 12, p. 180.

(2) Tuberculine brute de l'Institut Pasteur.

(3) Mlle de Neyman et E. Barré. — Virage spontané, au moment de la primo-infection tuberculeuse, d'anciennes cuti-réactions pratiquées plusieurs semaines ou plusieurs mois auparavant. — *Revue de la Tuberculose*, Tome 8, n° 10-12, octobre-décembre 1943, pp. 167-168.

Ce phénomène a pu être constaté, car les sujets étaient surveillés de près et capables d'observer intelligemment les modifications d'aspect de la peau au voisinage de scarifications même pratiquées plusieurs mois auparavant.

Ainsi de simples cuti-réactions antérieurement négatives et traduisant un terrain vierge vis-à-vis du B.K. sont spontanément devenues positives, se sont révélées en quelque sorte, plusieurs semaines ou plusieurs mois plus tard au moment du contage primo-infectant dont l'origine a pu être précisée par le séjour des malades dans des salles de tuberculeux ou encore dans des salles de médecine générale. Dans ces cinq cas, cliniquement et radiologiquement, la primo-infection bacillaire était évidente, et Mlle de Neyman et E. Barré soulignent que le virage des cuti-réactions s'est accompagné de symptômes fonctionnels parfois très en retard par rapport au témoignage de l'allergie cutanée.

Les auteurs font remarquer, comme nous, l'intérêt au point de vue biologique et doctrinal de ce phénomène du virage spontané de tests cutanés tuberculiniques antérieurement négatifs. Il pose, en effet, le problème de la persistance prolongée, pendant plusieurs mois, de la tuberculine ou d'un produit dégradé mais spécifique, au niveau de son insertion dermique.

3° Nous avons rapporté récemment à la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose (1), des faits très intéressants qui sont la véritable contre-partie expérimentale des observations purement cliniques de Mlle de Neyman et E. Barré.

C'est au cours d'une vaste enquête conduite dans le milieu des Asiles de la Seine pour préciser le nombre de sujets non allergiques vis-à-vis de la tuberculose et qui pourraient bénéficier de la vaccination par le B. C. G., que nous avons observé ce phénomène biologique si curieux et jamais signalé encore tout au moins en France. Sur 1.310 sujets, adolescents et adultes, testés par les tuberculino-réactions cutanées, 13 se sont révélés négatifs vis-à-vis de la cuti et des intradermo-réactions jusqu'au centigramme ; 6 devant servir de témoins, 7 ont été soumis à la vaccination par le B. C. G. en scarifications cutanées. Deux des sept sujets ainsi vaccinés ont été perdus de vue. Chez trois sur cinq des malades internés soumis à la vaccination par le B. C. G., nous avons observé ce que nous proposons d'appeler la révélation spontanée de tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives et pratiquées plusieurs mois auparavant.

1re Obs. (résumée). — Cast... Andrée, 17 ans. Diagnostic psychiatrique: épilepsie, arriération mentale. Cuti négative le 16 janvier 1944. Intradermo-réaction de tuberculine à un centigramme négative le 2 février 1944. B. C. G. (concentration de 75 mgr.) en scarifications cutanées (six croix) le 17 mars 1944. I. D. R. à 0,01 (un centigramme) négative le 25 mars 1944. Nouvelles I. D. R. à 1 ctgr le 1er mai 1944 : positive + + +. A cette même date, apparition d'une zone érythémateuse au niveau des deux scarifications des cuti du 16 janvier, et d'une papule érythémateuse à l'endroit des injections intradermiques de tuberculine à 1 ctgr du 2 février (avant le B. C. G.) et du 25 mars (après le B. C. G.), réactions encore visibles le 11 mai 1944.

2e Obs. (résumée). — Dub... Solange, 21 ans. Diagnostic psychiatrique: Arriération mentale, épilepsie, séquelles d'encéphalite infantile. Cuti négative le 15 janvier 1944. I. D. R. à 1 ctgr. négative le 3 février 1944. B. C. G. (75 mgr.) en scarifications cutanées (trois croix) le 17 mars 1944. I. D. R. à 1 ctgr. négative le 25 mars 1944. I. D. R. à 1 ctgr. le 1er mai 1944 : positive + +. Ici encore, apparition à cette même date d'une papule érythémateuse au niveau des Cuti et intradermo-réactions du 15 janvier et du 3 février (avant B. C. G.) et du 17 mars (après B. C. G.), réactions visibles pendant près de 10 jours et traduisant manifestement des tuberculino-réactions nettement positives et révélées spontanément après vaccination.

3e Bbs. (résumée). — Tourn... Madeleine, 25 ans. Diagnostic psychiatrique : schizophrénie. Cuti négative le 18 janvier 1944. I. D. R. à 1 ctgr. négative le 5 février 1944. B. C. G. (75 mgr.) en scarifications cutanées (trois croix) le 17 mars 1944. I. D. R. à 1 ctgr. négative le 25 mars 1944. I. D. R. à 1 ctgr. le 1er mai 1944 : positive + +. A cette date, seules se révèlent les deux I. D. R. antérieures du 5 février (avant B. C. G.) et du 25 mars (après B. C. G.). La zone cutanée de la cuti-prévaccinale est normale (2).

Ainsi, chez nos malades nous avons réalisé activement le même phénomène observé cliniquement par Mlle de Neyman et E. Barré : des tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives (terrain vierge) se sont révélées spontanément positives après vaccination par le B. C. G., c'est-à-dire après primo-infection expérimentale. Dans nos cas, la tuberculine est restée inerte dans le derme en moyenne quatre mois, et les délais de la révélation spontanée des tests cutanés tuberculiniques après la vaccination par le B. C. G. sont, pour nos trois malades, de six semaines, temps qui fixe encore la limite de la période pré-allergique, c'est-à-dire la première intradermo-réaction positive après la vaccination.

Il convient de remarquer que dans une de nos observations, seule l'intradermo-réaction à un centigramme s'est révélée spontanément positive. La zone cutanée des cuti-réactions était normale. En outre, dans les deux autres observations où la cuti-réaction et l'intradermo furent toutes deux positives, la réaction cutanée de cette dernière était plus importante que celle de la cuti. Il est probable, dans l'explication de ces différences réactionnelles, qu'il faille faire intervenir la quantité variable de tuberculine insérée dans le derme, et cette notion quantitative dans ce phénomène nouvau d'allergie cutanée tuberculinique mérite d'être soulignée.

4° Nous devons, à l'obligeance de M. le Professeur Boquet, deux références bibliographiques toutes récentes et qui signalent des faits biologiques équivalents.

A. Kristenson (1) injecte dans le derme de cinq infirmières non allergiques 0,01 cc de tuberculine au 1/10e à deux ou trois reprises, toujours dans la même zone cutanée et à deux ou trois jours d'intervalle. Pas de réaction. En même temps, ces infirmières subissent une inoculation dermique de 0 mgr. 05 de B. C. G. Un à deux mois plus tard, une réaction tuberculinique apparaît aux points des injections de tuberculine (rougeur, infiltration). Cette réaction positive coïncide avec l'apparition de l'allergie due au B. C. G.

E. Wassen et B. Sevedin (2) injectent dans le derme de lapins 3 à 6 mgr. de tuberculine incorporée à de la latoline et à de la cholestérine. Huit jours plus tard, ces lapins sont infectés (par voie intra-veineuse) par des bacilles tuberculeux. Quinze jours après l'infection, 23 jours après l'intradermo-réaction à la tuberculine, une forte réaction hyperémique se dessine autour de celle-ci.

***

Tels sont les faits que nous désirions rapporter avant d'entreprendre leur synthèse pathogénique dans le cadre de l'allergie tuberculeuse. Ils se résument en ceci : Sous l'influence d'une primo-infection tuberculeuse normale ou vaccinale (B. C. G.), des tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives, virent ou, mieux se « révèlent » spontanément sans nouvelles sommations tuberculiniques. La tuberculine, parfois pendant plusieurs mois, a donc été fixée et est restée inactive dans les cellules intradermiques.

Ces faits doivent être distingués de plusieurs autres rarement ou fréquemment signalés dans l'histoire de l'allergie tuberculinique cutanée, et dans lesquels la notion de retard ou de reviviscence des tests cutanés pourrait être une source de confusion avec le phénomène biologique qui fait l'objet de ce travail.

1° Il ne faut pas le confondre avec l'apparition parfois très retardée d'une tuberculino-réaction cutanée, jusqu'à 10 jours, par exemple chez le vieillard allergique (Brodin et Fourestier) (3).

2° De même rien de commun avec le virage retardé (F. Bezançon, Genévrier et Maclouf) (4), mieux appelé encore décalage paradoxal (Fourestier), des réactions tuberculiniques cutanées chez un sujet certainement tuberculeux (primo-infection) atteint par exemple d'érythème noueux vérifié par biopsie. En l'occurrence, alors qu'une première intradermo-réaction tuberculinique au cgr. est négative, il faut attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour constater l'allergie cutanée à l'occasion de *nouveaux tests tuberculiniques*.

3° Pour expliquer ces faits, on ne peut pas invoquer la période préallergique pendant laquelle les réactions tuberculiniques s'avèrent constamment négatives avec un retard moyen de six semaines à trois mois entre le moment de la primo-infection et l'apparition de l'allergie cutanée. Outre qu'en pareil cas ce sont de nouveaux tests cutanés tuberculiniques qui révèlent l'apparition de l'allergie en fixant ainsi une limite au stade préallergique de la primo-infection, nos observations dans les milieux asilaires sont absolument démonstratives. Nous avons pris des sujets indemnes de toute contamination tuberculeuse. La vaccination par le B. C. G. a été pratiquée et, en même temps que la révélation des anciens tests tuberculiniques cutanés (après quatre mois), nous avons saisi et expérimentalement précisé, pour nos trois malades, la durée de ce stade préallergique. La première intradermo-réaction au centigramme qui a suivi les scarifications vaccinales a été en effet négative. C'est six semaines après la vaccination que furent observés les premiers tests tuberculiniques positifs en même temps que le virage spontané des réactions cutanées antérieurement négatives. Le stade préallergique dans chacune des trois observations a donc été de six semaines et la durée de l'inactivité tuberculinique intradermique de quatre mois.

4° On ne peut pas parler non plus de reviviscence des réactions tuberculiniques. Voici en quoi consiste ce phénomène : Chez des sujets précédemment soumis à des tests locaux (cuti le plus souvent) *qui ont été positifs*, ceux-ci peuvent à nouveau spontanément se positiver sous l'influence d'injections sous-cutanées de tuberculine parfois plusieurs semaines après que la réaction locale primitive a été obtenue (Slatineanu, C. Guérin) (5). De même l'introduction dans le derme, dans la zone réactionnelle d'anciennes cuti positives, de bouillon peptoné glycériné ou d'eau peptonée, peut provoquer, par sensibilisation (?) une véritable reviviscence de l'allergie tuberculinique cutanée. Dans tous les faits cliniques et expérimentaux que nous avons rapportés, rien de semblable. Pour qu'il y ait reviviscence d'ailleurs, il faut que les réactions cutanéces aient déjà été positives, que l'allergie ait déjà été constatée. Ici, rien de tel, aucune comparaison n'est donc possible.

5° Si on voulait rapprocher ces constatations d'un fait biologique

(1) Max Fourestier et Michele della Torre. — Révélation spontanée, sous l'influence de la vaccination par le B. C. G., de tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives et pratiquées plusieurs mois auparavant. Société d'Etudes Scientifiques sur la tuberculose. Séance du 10 juin 1944.

(2) Chez nos trois malades, l'étude des antécédents, l'examen clinique comme les réactions tuberculiniques permettaient d'affirmer un terrain jusque là vierge vis-à-vis du bacille de Koch. Après vaccinaion par le B. C. G., nous ne pûmes, chez ces trois sujets, mettre en évidence le phénomène de Baldwin-Willis-Gardner.

(1) A. Kristenson. — *Acta tuber. Scandin.* 1941, Tome 15, p. 110.

(2) E. Wassen et B. Sevedin. — *Beit. Klind. de Tuberk.* 1941, Tome 96, p. 206.

(3) P. Brodin et M. Fourestier. — L'allergie cutanée tuberculinique chez le vieillard. — *La Presse Médicale*, n° 14, 10 avril 1943, p. 179.

(4) F. Bezançon, Genévrier et A.-C. Maclouf. — Virages retardés des réactions tuberculiniques. — *La Presse Médicale*, n° 33, 4 septembre 1943.

(5) In *L'Infection bacillaire et la tuberculose*. — A. Calmette, Masson, Edit., 1936, p. 684.

déjà connu, c'est plutôt avec le phénomène de Schwartzman qu'on lui trouverait quelques analogies. Cet auteur a montré en effet que l'injection intradermique de filtrat de culture de bacille coli, typhique, dysentérique, etc., donne lieu à une réaction purpurique aboutissant d'habitude à la nécrose du point inoculé, si cette injection est suivie, à 24 heures environ d'intervalle, de l'inoculation intraveineuse de l'un ou l'autre des filtrats ci-dessus mentionnés. Bien qu'on ne connaisse pas encore le mécanisme et la signification du phénomène de Schwartzman, il est fort probable qu'il est en rapport avec l'allergie dans son sens le plus général (J. Bordet). De même que dans le phénomène de Schwartzman le filtrat de culture de bacille coli reste inerte dans le derme et ne se manifeste par une réaction cutanée que lorsque la sensibilité générale de l'animal a été obtenue postérieurement par l'inoculation intraveineuse de ce même filtrat, ici la tuberculine intradermique reste inactive jusqu'au moment de l'allergie générale tuberculeuse créée soit par la primo-infection spontanée, soit par la vaccination par le B. C. G.

Nous croyons pouvoir, en conclusion, résumer ainsi ce fait biologique aussi nouveau que curieux dans l'allergie cutanée tuberculinique, et qui nous semble étayé par des observations cliniques et expérimentales irrécusables.

La tuberculine peut demeurer inactive très longtemps (huit mois au moins) dans le derme d'un sujet vierge de toute infection bacillaire. Comme une plaque photographique impressionnée, la zone cutanée d'inoculation tuberculinique peut se « révéler » soit brusquement au moment de la primo-infection clinique, soit activement après vaccination par le B. C. G., mais de toute façon *spontanément* sans nouvelles sommations tuberculiniques. Si ce phénomène n'a pas encore été décrit, c'est qu'il ne peut être rencontré que chez des sujets surveillés de près, et capables d'observer intelligemment les modifications d'aspect de la peau au voisinage de la scarification ; c'est pourquoi on l'a observé surtout chez des étudiants en médecine et sur des élèves infirmières (Mlle de Neyman et E. Barré). L'immense extension actuelle des tests cutanés tuberculiniques va favoriser sans nul doute des observations similaires (1) ; néanmoins, certaines conditions sont peut-être nécessaires pour que pareil phénomène puisse être observé. Faut-il que le tissu cutané offre certaines particularités constitutives ? Ainsi dans les expériences de Wassen, la tuberculine a-t-elle été introduite dans le derme conjointement avec de la lanoline et de la cholestérine, comme s'il avait été réalisé là, expérimentalement, un terrain cutané spécial qui ne pourrait se rencontrer qu'exceptionnellement dans l'expérimentation clinique humaine.

Peut-être faut-il aussi que les doses de tuberculine insérée dans le derme soient assez importantes. Cette notion quantitative doit être particulièrement soulignée. Dans l'observation de la « Presse Médicale », seules les intradermo-réactions de tuberculine brute et au 1/10e se sont « révélées », cuti et intradermo-réaction au 1/100e pratiquées pourtant à la même date n'ayant subi aucune modification. Dans l'observation n° 3 de notre mémoire de la « Revue de la Tuberculose » (sujet vacciné par le B. C. G.), seule l'intradermo-réaction au cgr. s'est « révélée », la cuti restant toujours négative, et dans les deux autres observations où cuti et intradermo-réaction au cgr. furent toutes deux apparentes, il est à noter que la zone cutanée de l'intradermo-réaction se « révéla » plus intensément que celle de la cuti.

Enfin, outre ces notions de quantité de tuberculine insérée dans le derme et de qualité constitutive particulière de la peau, il est fort probable que doit intervenir aussi l'intensité de l'antigène infectant. Dans nos observations, la vaccination antituberculeuse fut réalisée avec du B. C. G. à la concentration de 75 mgr. et les scarifications cutanées furent au moins de six croix, la longueur des traits de scarifications étant d'au moins un centimètre. Dans les cas cliniques de Mlle de Neyman et E. Barré, il est à noter que les cinq sujets observés eurent tous les manifestations cliniques ou radiologiques d'une primo-infection parfois sérieuse. Remarquons toutefois que dans l'observation de la « Presse Médicale » la primo-infection fut entièrement silencieuse, ce qui ne présume pas d'ailleurs de l'insignifiance du contage infectant bacillaire.

Indépendamment de son importance sur le plan général biologique, ce phénomène nouveau dans l'allergie cutanée tuberculinique peut avoir des incidences d'une portée pratique : puisque la tuberculine à doses massives peut demeurer fixée sur les cellules dermiques pendant très longtemps, sans se révéler cliniquement chez des sujets vierges de toute infection bacillaire, on doit pouvoir assister chez le non-tuberculisé, l'enfant par exemple, à l'éveil d'une intradermo-réaction à la tuberculine (au 1/10e ou brute) initialement négative, à l'occasion de la primo-infection, et connaissant ainsi à un jour près la date d'apparition de l'allergie cutanée, mettre immédiatement au repos le sujet avant l'éclosion des accidents cliniques toujours à redouter.

Un dernier mot enfin, en terminant, au sujet de la définition de ce phénomène biologique nouveau. Nous proposons la dénomination de « révélation spontanée » de l'allergie cutanée tuberculinique de préférence à celle de virage spontané, à laquelle s'attache confusément la notion de répétition des tests cutanés tuberculiniques utilisés évidemment pour préciser la date d'apparition de l'allergie tuberculeuse. Le terme de « révélation spontanée », pour le cas qui nous intéresse, traduit, croyons-nous, assez heureusement la comparaison qui s'impose avec le phénomène chimique de la révélation de la plaque photographique préalablement impressionnée par les rayons lumineux.

(*Travail de l'Institut National d'Hygiène*).

(1) Depuis la publication de notre premier travail dans la « *Presse Médicale* », nos amis les docteurs M. Duret et J. Brunel nous ont communiqués des faits analogues. E. Rist et Ch. Coury, à la dernière réunion de la Société d'Études scientifiques sur la Tuberculose (séance du 10 juin 1944) ont signalé huit nouvelles observations de virage spontané de la cuti-réaction à la Tuberculine.

ACTUALITÉS

LA PENICILLINE

par R. Levent

Quand les Français ont en fini leurs quatre ans de prison ils ont pu sans surprise mais avec satisfaction, constater qu'à l'air libre des savant avaient travaillé à mieux que le perfectionnement du carnage. Continuan des travaux entrepris sur des indices qui pouvaient aisément passer inaperçus, l'un d'eux s'acheminait vers une haute récompense ; lui aussi trouvé une « arme nouvelle » dont l'humanité ne peut que souhaiter l voir justifier les espérances qu'elle fait concevoir.

Au Saint-Mary's Hospital de Londres, en 1929, Fleming est surpri de l'aspect particulier d'une vieille culture de staphylocoques que l'ai atmosphérique a souillée de moisissures. Les colonies de staphylocoque voisines des moisissures sont lysées et deviennent transparentes sur un étendue variable. La même lyse se produit autour des repiquages de l moisissure de départ. Les cultures en milieu liquide à la températu du laboratoire acquièrent en une à deux semaines la même propriét qui se conserve dans les filtrats séparés du corps du champignon.

Fleming et les autres auteurs qui se sont attachés à cette étude o identifié la moisissure, comme le *Penicillium notatum* (Westling) ; champignon est le seul connu jusqu'ici comme possédant à un tel deg les propriétés inhibitrices, bactéricides et bactériolytiques qu'on connais sait cependant, à l'état d'ébauche, chez divers champignons ou bactérie Un travail de plusieurs années a permis de fixer une technique d'extra tion de la substance active. Malgré l'occupation les laboratoires de Franc ont montré ici leur activité.

La formule développée de la « *Pénicilline* » est incomplètement connu mais il s'agit à n'en pas douter d'une substance définie, poudre jau très altérable à l'air, moins fragile sous forme de sel de baryum. Il s'ag vraisemblablement d'un diacide, thermolabile, inactivé par les acides, l alcalis, les alcools et les métaux lourds. Faute de pouvoir encore la pré parer par synthèse on l'extrait de cultures qui, entre le 8e et le 15e jour période optimum, n'en fournissent que 10 grammes au plus pour 60 litre de culture. En France, tout au moins, elle est pour le moment d'un pri prohibitif. L'industrie américaine plus heureuse en a entrepris la prépa ration sur une très grande échelle pour le plus grand bien des armées e campagne.

On ne sait encore sûrement si elle est proprement bactéricide ou seu lement bactériostatique comme les sulfamides. L'important est qu'ell conserve *in vivo*, expérimentalement et surtout cliniquement, l'énorm pouvoir antimicrobien constaté *in vitro*. C'est d'ailleurs une action élec tive. Elle est nulle en effet sur le groupe coli-Eberth-paratyphiques, su les bacilles de Pfeiffer, de Flexner, de Koch, sur le pyocyanique, le pro teus, le vibrion cholérique. Elle s'exerce peu sur la bactéridie charbon neuse. L'action est énorme au contraire sur l'ensemble des bactérie Gram +. *In vitro* la pénicilline au 1/1.000.000e inhibe la végétation. Su le staphylocoque l'effet est encore plus intense : inhibition totale à 1/25.000.000 inhibition partielle à 1/160.000.000. Fleming a montré qu de tous les microbes c'est le staphylocoque qui est le plus sensibl à la pénicilline ; les divers streptocoques, le pneumocoque le suivent d près. Sur le gonocoque, le méningocoque l'action paraît notable aussi peut-être même sur d'autres germes.

Il convient cependant de noter que même parmi les espèces les plu sensibles il peut se trouver des souches résistantes.

Telles sont les propriétés in vitro confirmées in vivo par l'expérimen tation, auxquelles la clinique fait appel avec un succès habituel lorsqu sont respectées certaines conditions générales.

Il est nécessaire de réaliser dans l'organisme et surtout dans la lésio infectieuse un taux suffisant de pénicilline ; or, elle diffuse mal et e rapidement soit détruite, soit éliminée, par le rein notamment.

On devra donc la porter dans la lésion même ou tout près d'elle. Le injections intraveineuses ne sont de mise que dans les septicémies ou à titre adjuvant, dans les infections de l'appareil urinaire. La voie ga trique, inopérante, est à proscrire.

Les doses devront être fortes ; l'élimination urinaire commence ver la 3e heure, est maxima vers la 15-20e et totale à la 48e. Le traitemen intensif, comportera donc le *fractionnement des doses et leur admini tration selon horaire fixe.*

L'importance des doses est sans inconvénient — abstraction faite d'u prix qui n'est malheureusement pas encore négligeable — même à trè forte dose la pénicilline ne paraît pas toxique ; un peu de douleur local est justiciable de la novocaïne à 2 %. La tolérance immédiate et éloigné a toujours été parfaite même chez des sujets tarés (Harvier et Antonelli) Signalons cependant que certaines pénicillines imparfaitement purifiée ont pu donner une fièvre légère, ou, en injections intraveineuses, cause de la phlébosclérose.

Moyennant ces précautions préalables la pénicilline peut donner le plus beaux résultats dans des indications bien établies et nombreuses L'expérience encore limitée des cliniciens français se complètera bientôt sans doute, de ce que lui apportera la pratique américaine et que nous n faisons encore qu'entrevoir.

Comme y ont insisté R. Martin et Sureau (1) la pénicilline est avan tout un médicament antistaphylococcique ; staphylocoque doré surtout staphylocoque blanc aussi comme l'ont observé Harvier et Antonelli (2)

(1) *Paris Médical*, juin 1944.
(2) Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 27 octobre 1944.

Les furoncles et anthrax bénins, ceux aussi qui sont graves par leur étendue ou leur siège, les *staphylococcies graves de la face* viennent en première ligne, lors même qu'elles se compliquent localement ou à distance d'autres manifestations de même nature (infection orbitaire, phlegmatia dans l'observation d'Harvier et Antonelli). *Les affections oculaires et conjonctivales graves à staphylocoques et à pneumocoques* (kératites, conjonctivites avec ulcération et perforation de la cornée) ; *ostéomyélites*, en association avec le traitement chirurgical ; *collections suppurées à staphylocoques* quel qu'en soit le siège ; *méningites* à staphylocoques ou à pneumocoques ; *septicémies staphylococciques* enfin quel qu'en soient les retentissements locaux.

Les auteurs américains ont employé la pénicilline (en nature ou en pommade) au pansement des *brûlures infectées* et ont eu de brillants succès en quelques jours ; traitement qui s'associe fort bien à d'autres méthodes : tannage, sulfamidothérapie.

La pénicilline rend, paraît-il, les plus grands services dans le pansement des plaies, *des plaies de guerre* en particulier et serait d'usage courant dans la pratique de guerre de nos alliés depuis qu'outre-Atlantique des usines spécialement équipées préparent la pénicilline à raison de plusieurs kilogrammes par jour.

Sans doute y aura-t-il encore d'autres applications plus tard. On a parlé de la gonococcie. Il n'est en tout cas pas douteux que la pénicilline ait été employée *au traitement d'attaque de la syphilis*. Les résultats immédiats en seraient concluants. Aucun essai de traitement de consolidation n'a encore été publié.

L'important pour le résultat est de bien manier le médicament. La voie gastrique est à proscrire, nous l'avons dit ; toutes les voies parentérales ont leur indication précise : sous-cutanée, intramusculaire, intra-articulaire, intrarachidienne ou ventriculaire, intravésicale, intraviscérale à l'occasion, sont légitimes. La voie intraveineuse n'a d'intérêt que dans les septicémies et peut-être les infections urinaires ou comme voie d'appoint. Pansements, irrigations discontinues, goutte-à-goutte, instillations conjonctivales (avec novocaïne), injections locales sont indiquées selon les cas.

La pénicilline pour usage médical est habituellement dosée à 100 ou 150 unités Oxford (1) au milligramme. (Il existe aussi des pénicillines pures titrées à 1.000 unités au milligramme.)

On injectera la pénicilline in situ à des doses qui varient avec l'indication mais qui doivent toujours être fortes : de 200 à 1.000 U. O. pour un furoncle, jusqu'à des doses bien supérieures ; 100.000, 200.000 U. O. dans des septicémies sont des doses qui ont été souvent dépassées. Harvier et Antonelli ont donné 150.000 U. O. en tout ; dans des cas analogues les Américains ont donné jusqu'à 975.000 U. O.

Dans les méningites il faut tenir compte de l'imperméabilité au moins relative du sac méningé : la pénicilline de l'intraveineuse peut ne pas diffuser dans les méninges et inversement.

Dans les septicémies on a obtenu de bons résultats avec 20.000 U. O. par jour, dose modeste.

Mais c'est au traitement d'attaque de la syphilis qu'appartient la plus forte posologie : les injections, intramusculaires, seront faites ponctuellement toutes les trois heures, même la nuit, de 40.000 U. O. chacune. 60 injections consécutives en sept jours et demi soit 2.400.000 U. O. (24 grammes) ont donné aux auteurs américains toute satisfaction. De telles doses témoignent en tout cas de l'innocuité du remède. Une dose de 3 à 5 grammes est considérée comme habituellement suffisante pour les indications habituelles.

Mêmes pour des doses moyennes les effets sont en général surprenants de rapidité ; en 24 à 48 heures la défervescence se fait, l'état général se rétablit ; la sédation locale se fait en un temps beaucoup plus court ; les suppurations se résorbent, souvent sans issue à l'extérieur même partielle, les plaies se cicatrisent de façon rapide et satisfaisante.

La pénicilline s'associe avec avantage aux sulfamides dont elle n'entrave pas, mais souvent complète, les effets, surtout sur les manifestations d'infection générale. Elle a de plus l'avantage de permettre d'user de doses plus faibles donc moins toxiques de sulfamide.

Cependant cette association n'est nullement indispensable pour obtenir de la pénicilline des résultats qui font concevoir les plus belles espérances dans son usage courant.

(1) Unité Oxford : quantité minima de pénicilline qui, diluée dans 50 cmc. de bouillon de viande empêche le développement d'un culture de staphylocoque doré. Est également employée une unité Heatley, sensiblement équivalente, résultant d'une autre méthode.

PRATIQUE MEDICALE

Traitement local des brûlures par les sulfamides en poudre et le sérum physiologique. — MM. Fèvre, Ciaudo et Henrot. Académie de Chirurgie séance du 24 mars 1943.

Les auteurs ont obtenu de bons résultats en traitant les brûlures par la technique suivante : 1) pansements au sérum tiède laissés un temps variable de 3 à 8 heures (si la brûlure n'a pas subi de traitement antérieur, de 8 à 24 heures (dans le cas contraire). On obtient ainsi une détersion de la plaie qui est prête pour recevoir les sulfamides. — 2) Saupoudrage en abondance sur les brûlures ; cette projection sera répétée suivant les nécessités de façon à obtenir la formation d'une « croûte bactériostatique ».

En cas d'arrêt de la cicatrisation, on peut alterner pansement au sérum et saupoudrage.

P. L.

SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 10 octobre 1944

Eloge du professeur Achard. — M. Loeper.

Vaccination des bovins contre l'infection brucellique par l'inoculation associée d'un germe avirulent et d'un antigène glucidolipidique. — MM. Lisbonne et Roman (Présentation par M. Boivin). — Les auteurs, continuant leurs recherches, ont vacciné des génisses au moyen d'une souche avirulente vivante de Br. abortus, associée à un antigène glucidolipidique, extrait de Br. melitensis.

Ils ont choisi des étables surinfectées où plus de 80 % des animaux avortaient.

81 génisses ont été vaccinées en 1941. Depuis lors, elles ont fourni 76 mises bas normales et 1 seul avortement (98,7 % de succès).

Des vérifications bactériologiques répétées ont montré qu'après 3 ans de cohabitation avec des vaches malades, aucun animal n'était infecté.

Contribution à l'étude de l'histogénèse et de la phylogénèse du cervelet en vue de sa systématisation. — M. Picard-Leroy (Présentation par M. Rouvière). — Sillons et lobes du cervelet se développent selon le même ordre qu'on observe dans l'histogénèse de l'écorce cérébelleuse, dans la myélinisation des faisceaux et le développement phylogénétique du cervelet.

On peut donc en déduire une systématisation qu'appuient, par ailleurs, la physiologie et la chirurgie.

Note sur l'origine épithéliale des tubes urinifères chez l'embryon humain. — M. P. Roux (Présentation par M. Rouvière). — Contrairement aux idées actuellement admises, les canalicules urinaires comme les collecteurs et les calices ont une origine épithéliale directe.

Leur épithélium provient de cellules qui partent du bourgeon initial de ses testicules et émergent du blastème rénal.

L'ulcère addisonnien. — MM. Chabrol et Blanchon. — Chez un même sujet ont évolué parallèlement un double ulcère de la petite courbure, vérifié anatomiquement, et les accidents cardinaux de la maladie d'Addison, coexistence d'accidents déjà notée par d'autres auteurs.

Les accidents ont évolué durant 6 mois ; la cortène de synthèse a donné une remarquable atténuation non seulement des accidents surrénaux, mais même des accidents gastriques.

La mort est cependant survenue du fait de la tuberculose surrénale massive.

Les ulcères avaient le caractère anatomique de lésions récentes. Peut-être l'irritation du plexus solaire par le processus tuberculeux a-t-elle pu réaliser un trouble trophique gastroduodénal à distance.

Séance du 17 octobre 1944

Election. — M. Lisbonne (de Montpellier) est élu correspondant national dans la 4e division (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

Epithélioma du poumon chez le rat blanc. — M. G. Roussy, M. et P. Guérin. — Cette tumeur exceptionnelle chez le rat a été observée dans six cas sur plus de 12.000 animaux, en expérience à l'Institut du Cancer.

Histologiquement, ce sont presque toujours des épithéliomas malpighiens, dont l'un a été transplanté avec succès sur six passages. Ils auraient, comme chez l'homme, une origine bronchique.

Au point de vue étiologique, l'infection pulmonaire, malgré sa grande fréquence, ne semble pas être un facteur déterminant et la cause du cancer pulmonaire chez le rat reste inconnue.

Contribution à la question des sillons cérébraux transitoires. — Mlle Friant (Présentation par M. Lapicque).

Séance du 24 octobre 1944

Nécrologie. — Décès de M. Arloing (de Lyon), correspondant national, et de M. A. Gosset, membre titulaire.

Election du secrétaire général. — En remplacement de M. Achard, décédé, M. G. Roussy, membre de l'Institut, est élu, à l'unanimité, secrétaire général.

Etude toxicologique expérimentale des solvants industriels. Cas du benzénisme et du sulfocarbonisme. — MM. R. Fabre, A. Fabre et M. Vaquier. — Une technique d'extraction bien mise au point et des méthodes de dosage sensibles et spécifiques ont montré que l'imprégnation benzénique atteint surtout les centres nerveux et hématopoïétiques et les glandes endocrines. Le sulfure de carbone a une action imprégnante encore plus profonde et atteint très particulièrement les surrénales.

Les techniques récentes permettent au médecin d'usine de doser ces produits dans quelques centimètres cubes de sang.

La Leucémie aiguë à monocytes. — MM. Aubertin et Læderich. — Identique chimiquement aux autres leucémies aiguës, elle ne s'en distingue qu'hématologiquement par la présence de monocytes atypiques distincts des monocytes adultes et des monoblastes et issus du tissu réticuloendothélial. Il s'agit ici d'une forme leucémique de la réticulose aiguë que la négativité de la réaction de Paul et Baumell distingue de l'angine monocytaire.

Le polymorphisme clinique et cytologique des réticuloses cutanées. — M. A. Sezary. — Il y a à la fois polymorphisme des types cellulaires et variabilité des aspects cliniques mais sans relation fixe entre chacun des deux termes. C'est pourtant l'interprétation histologique qui permet le diagnostic clinique, l'établissement du pronostic et la présomption quant à la radiosensibilité.

Séance du 24 octobre 1944

La forme paranoïde de la démence fréquente. — M. Barbé. — Il s'agit d'une forme atteignant des sujets jeunes, apparaissant rapidement et sans tendance du délire à la systématisation.

Séance du 31 octobre 1944

Nécrologie. — Décès de M. Jean-Louis Faure. — Allocution de M. le Président.

Traitement de la syphilis expérimentale et de la fièvre récurrente par la pénicilline. — MM. Levaditi et Vaisman. — Des lapins porteurs de syphilomes scrotaux ont reçu de 7.500 à 80.000 unités Oxford intramusculaires. Ce traitement a provoqué la disparition rapide des tréponèmes (parfois moins de 24 heures), la cicatrisation des lésions en 5 jours et la négativation progressive de la réaction de Meinicke. Une suspension huileuse de pénicilline en injection intramusculaire (une seule injection de 20.000 unités Oxford) a eu un effet analogue. Ces résultats expérimentaux confirment l'action curative de la pénicilline dans la syphilis (Mahoney).

La pénicilline détermine également la prévention et la guérison de la spirillose récurrentielle (Sp. Duttoni et sp. hispanica).

Phosphatasémie et phosphorémie minérale dans les rhumatismes chroniques. — MM. Françon et Pellas (Présentation par M. Lesné). — Dans 112 cas, les auteurs ont étudié la phosphatase et la phosphorémie dans des rhumatismes chroniques des types les plus variés. Sauf dans quelques cas de rhumatisme chronique infectieux et de sciatique, les chiffres s'écartent peu de la normale.

Il importe que ces recherches soient reprises après la fin des restrictions et complétées par l'établissement de bilans phosphorés et par l'examen de la phosphatase et du phosphore minéral au sein même des lésions.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1944

Sur l'emploi de la pénicilline. — M. Bazy rapporte du travail de M. Lagro sur l'utilisation de cette moisissure comme agent inhibiteur du développement de bactéries. De très fortes doses quotidiennes (60.000 unités) peuvent être utilisées sans inconvénient, mais il faut l'administrer régulièrement pour en maintenir un certain taux dans le sang. Elle semble avoir une action élective sur les coccis à Gram +; mais pour chaque germe il existe des souches résistantes. Elle peut être utilisée en poudre ou en solution qu'on injecte par voie sous-cutanée, intra-musculaire, intra-articulaire, etc. Les indications en sont multiples : les résultats en chirurgie de guerre paraissent particulièrement démonstratifs. M. Cadenat, M. Ameline ont une impression favorable de l'action de la pénicilline.

Luxation double obturatrice de la hanche. — MM. Guénin et Prochiantz. — Rapport de M. Petit-Dutaillis.

Deux cas de traumatismes cranio-cérébraux intéressant les sinus frondaux. — M. Loceais. — M. Petit-Dutaillis.

Un cas de volvulus aigu du cœcum. — MM. Guénin et Crépin. — M. Petit-Dutaillis, rapporteur.

Fistule gastro-jejuno colique pour un ulcère peptique du jéjunum. Gastro-jejuno-colectomie. — M. Joyeux. — Rapport de M. Senèque qui discute les modalités tactiques qu'il convient d'adopter en pareil cas.

MM. d'Allaines et Gueulette se montrent peu favorables à la gastrectomie en deux temps en cas d'ulcère. M. Senèque considère que cette intervention a vraiment des indications exceptionnelles.

Ulcère peptique jejunal perforé. Gastrectomie et jejunectomie d'emblée. Guérison. — M. Le Gac. — M. Senèque.

Séance du 25 octobre 1944

Méthode des greffes ostéopériostiques dans le traitement des pertes étendues du maxillaire inférieur. — M. Virenque. — M. Brocq rapporte cet important travail basé sur 65 observations personnelles. L'auteur a eu recours dans certains cas au procédé original des greffes sur greffes.

Un cas de sténose hypertrophique de la musculeuse de l'antre pylorique chez l'adulte. Gastrectomie. Guérison. — M. Chabrut. — M. Brocq, rapporteur, discute la pathogénie de cette lésion et ses rapports avec l'hypertrophie du nourrisson.

M. Banzet dans plusieurs cas analogues a trouvé des leiomyomes localisés du pylore.

M. Quénu rejette pour ces tumeurs bénignes la gastrectomie large.

M. Moulonguet insiste sur la nécessité de distinguer les petites tumeurs localisées de la sténose hypertrophique intéressant la totalité du pourtour pylorique.

La distension au-dessous de l'obstacle dans l'occlusion intestinale. Considérations sur le mégacolon. — M. R. Bernard met en avant que la distension de l'intestin peut représenter une réponse à des excitations très diverses.

Lithiase et mode de drainage des voies biliaires. — MM. d'Allaines, Patel et Seyer montrent que l'anastomose bilio-digestive comporte une assez forte mortalité (35 %) ; les auteurs, sur 52 cas de drainage externe, n'ont perdu que 5 malades. En étudiant les résultats éloignés on constate que l'avantage est également le fait du drainage externe.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

séance du 23 juin 1944.

Présentation de malades : MM. Ravina, Pecher et Duvelleroy. — Hypertrophie thyroïdienne diffuse survenue simultanément chez trois frères et sœurs.

Mélanosarcome du foie avec mélanodermie pseudo-addisonnienne et mélanurie consécutives à un melanosarcome du rectum : Lian, Fred Siguier et Guirauld. — A l'autopsie d'une femme (60 ans) atteinte de tumeurs mélaniques du foie et de la rate, on nota l'existence d'une tumeur ano-rectale et l'examen histologique démontra la réalité et un mélanosarcome du rectum et du foie avec intégrité des reins.

Remarques concernant le point de départ de la mélanodermie et la mélanurie observés au cours d'un mélanosarcome du foie : MM. Lian, Fred Siguier et Girauld. — Les auteurs tendent à subordonner la mélanodermie et la melanurie aux variations des troubles du métabolisme pigmentaire et sous l'influence du jeu des oxydations *in vivo*.

Un cas de paraplégie fruste avec rétention d'urine : MM. Duvoir, Pouмeau-Delille et Choubrac. — Observation de ce cas survenu deux jours après une hémorragie intestinale importante chez un ulcéreux. Guérison en quinze jours sans séquelle.

Sur le mode d'action de la vitamine D dans un cas d'ostéomalacie : MM. Decourt, Guillemin, Guillaumin et Gorin. — Injection en six jours de 45 milligr. de vitamine D dans un cas d'ostéomalacie grave et administration de fortes doses de phosphate bicalcique (guérison en quelques semaines). La médication semble avoir agi sur l'assimilation du phosphore et sur l'équilibre physico-chimique du calcium.

Etude électro-encéphalographique d'un cas d'épilepsie pleurale : MM. Bertrand, Salles, Mme Godet-Guillain et M. Mazars. — Chez une malade présentant un état d'hypertonie corticale démontré par l'électro-encéphalogramme, une ponction pleurale a déclanché des phénomènes convulsifs. On doit rapporter à un mécanisme réflexe les accidents d'épilepsie pleurale qui ont été observés.

Nouveau cas de diagnostic clinique de calcification du péricarde grâce à la vibrance péricardique iso-diastolique : M. Lian. — Pour l'auteur, la vibrance péricadique est un signe stéthoscopique important qui rend possible le diagnotic clinique de calcification du péricarde. C'est la troisième observation de l'auteur.

Le rythme de rappel du rétrécissement mitral : M. Lian. — Dans presque tous les cas, le bruit de rappel est dû au claquement d'ouverture de la mitrale ; il siège dans la région juxta-xiproïdienne à l'extrémité interne des quatrième et espaces intercostaux gauches.

Séance du 30 juin 1944.

Variation du taux de l'acide ascorbique surrénal chez le cobaye et le rat hypophysecto misé : M. Poumeau-Delille. — Chez le cobaye, l'hypophysectomie est suivie, dans les deux semaines qui suivent, d'accidents mortels dont l'auteur discute la nature : hypoglycémie, insuffisance surrénale.

Volvulus gastrique par invagination d'un volumineux adénome brunnérien : MM. Gouverneur, Derot, Duperrat et Bourdy. — Observation d'adénome brunnérien pesant 200 grammes, implanté sur le pylore s'invaginant parfois à travers le duodénum et le début du grêle, d'où un syndome très douloureux qui disparut par l'intervention.

La colchicine intra-veineuse dans la goutte : MM. Coste et Durupt. — Les auteurs déclarent que les injections intra-veineuses de colchicine guérissent l'accès, sans diarrhée mieux que le même agent administré *per os.*

Guérison d'une septicémie grave à streptococcies viridans survenue chez une accouchée atteinte anciennement d'indo-cardite mitrale rhumatismale. — M. Mouquin.

La péri-arthrite de l'épaule à forme antérieure : MM. Coste, Gaucher, Durupt. — Les auteurs déclarent qu'on observe actuellement avec une grande fréquence une forme *antérieure* dont les symptomes très spéciaux semblent désigner comme lésion originelle une tendinite d'insertion du toraco-biceps ou du sous-scapulaire.

Sur les effets d'une imprégnation plombique expérimentale : M. Coste, Mlle Tissier et M. Peloux. — D'après les auteurs l'étude de l'impégnation plombique expérimentale apporte des compléments utiles à la connaissance du pré-saturnisme.

Staphylococcie pleuro-pulmonaire primitive à évolution permanente : Mlle Scheisguth et M. Piérart, présentés par M. Ameuille. — A l'autopsie d'une femme atteinte de pneumonie maligne avec épanchement pleural purulent à staphylocoque. On trouve des abcès pulmonaires multiples dans un état hémorrhagique diffus. Discussion du rôle pathogène possible du staphylocoque.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 juillet 1944

La pleurésie purulente à staphylocoques du nourrisson. — MM. Lelong, Rossier, Mme Garnier, MM. Lange et Soulier retracent à propos d'une série de 9 cas observés en 13 mois, les caractères essentiels de cette maladie. Elle frappe toujours les enfants de moins de trois mois ; la pleurésie succède ou est concomittante à une localisation pulmonaire ; l'épisode infectieux initial est une infection cutanée, rhino-pharyngée ou une otite. Cliniquement, la réputation classique de latence n'est pas justifiée ; il existe toujours des signes physiques qu'il faut rechercher avec soin et faire une ponction exploratrice à la moindre matité. Les complications les plus fréquentes sont l'abcès pariétal au point de ponction, l'antrite, la néphrite, le syndrome hémorragique et l'abcès du cerveau. Un tiers des cas guéris par ponctions pleurales répétées permettant de différer la pneumotomie, celle-ci doit toujours être faire à minima.

Les pleurésies purulentes primitives à staphylocoques chez l'enfant. — M. Marquezy, Mme Lodet et M. Bach en ont observé 9 cas dont deux chez des nourrissons de moins de 3 mois. Six enfants ont guéri ; les trois autres ont succombé. Ils insistent sur la notion de contagion et l'existence d'un foyer infectieux antérieur. Cliniquement, les signes prédominents sont la pâleur extrême et la dyspnée ; le pyopneumothorax par rupture d'un abcès cortical s'est vu dans les 2/3 des cas ; deux fois la pleurésie s'est vidée par vomique. Tous ces cas ont été traités par ponctions répétées accompagnées de sulfamidothérapie intensive et, en cas d'échec, par pleurotomie.

Angine diphtérique à fausse membrane chez un nourrisson de 8 mois. — (M. Gagnière d'Angoulême). — Le diabète grave aigu post-infectieux de l'enfance. Son évolution régressive rapide. MM. J. Marie, Seringe, Rouèche et Maurice rapportent deux cas de diabète survenus l'un à la suite d'une scarlatine et l'autre après un ictère infectieux bénin et caractérisés par leur apparition rapide, l'intensité de l'acidose, l'efficacité de l'insulinothérapie et le retour rapide à la normale. Un des deux enfants est mort quelques mois plus tard de cause inconnue.

Mégacolon et mégavessie associés chez une jeune fille de 17 ans. — MM. Lesné, Cayla et Probst estiment que cette association est une preuve de l'origine sympathique de la maladie de Hirschprung. Les injections splanchniques se sont, par contre, montrées inefficaces.

Séance du 17 octobre 1944

Myatonie familiale mortelle. — MM. Turpin, Lefèvre, Sourlière et Tauret rapportent l'histoire d'une famille dans laquelle 3 enfants sur 4 ont fait une myatonie et sont morts entre 4 et 6 mois. Ils pensent qu'il faut actuellement séparer nettement la maladie de Werdig et celle d'Oppenheim.

Hémiplégie et anarthrie coquelucheuse. — MM. Cathala et Auzépy ont vu apparaître au cours d'une coqueluche chez un enfant de 7 ans une hémiplégie droite avec aphasie. Le début a été lentement progressif ; il n'y a pas eu de fièvre. Ils discutent l'étiologie de cet accident, encéphalite, hémorragie méningée ou lésion vasculaire, et insistent sur l'amélioration remarquable produite sur l'aphasie par l'infiltration novocaïnique des ganglions cervicaux supérieur et moyen, alors que l'hémiplégie était peu nfluencée. Ils signalent également la disparition des quintes au moment de l'apparition de l'hémiplégie.

Tuberculose bronchique sténosante. — MM. Lamy, Soulas, Mlle Jammet, MM. Godard et Camus ont vu apparaître chez une enfant de 11 ans, à la suite d'un visage fébrile de cuti-réaction, un syndrome de pleurésie droite avec attraction cardio-médiastinale. Il s'agissait, en réalité, d'une atélectasie que des radiographies ont permis de localiser au lobe moyen et qu'une tomographie révéla être due à une compression bronchique. Une bronchoscopie montra l'existence d'une sténose bronchique par une masse caséeuse qui put être réséquée. Cette intervention amena une amélioration de l'actélectasie après avoir toutefois provoqué une aggravation transitaire.

A propos du traitement des pleurésies purulentes. — M. Sorrel, revenant sur la question déjà discutée avant les vacances, reconnaît que les malades sont, en général, envoyés au chirurgien au moment opportun, une fois la pleurésie collectée, mais avant son enkystement. Il discute les indications respectives des différents types de drainage successivement proposés et insiste sur la gravité de l'ouverture brutale de la plèvre. Il juge enfin indispensable l'examen minutieux de la cavité pleurale.

Diabète sucré d'origine émotive chez un enfant de 5 ans. — MM. Lesné et Coffin communiquent ce cas, traité par l'insuline et apparemment guéri très rapidement par l'insuline. Ils réservent, cependant, le pronostic en raison de l'évolution en deux poussées successives. Ils insistent, enfin, sur l'absence de toute infection à l'origine de ce diabète, alors que l'enfant a subi de gros chocs émotifs avant chacune des deux poussées.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE DE PARIS

9 Juin. — M. Chaia. — Contribution à l'étude clinique et radiologique de l'ulcère du pylore.

Mlle Adam. — Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité Baudelocque.

M. Gougaud. — Sur les avortements à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis en 1943.

Mlle Jeandidier. — La dysménorrhée.

M. Leboucq. — A propos d'un cas de grossesse tubaire non rompue au cinquième mois.

M. El-Okby. — Contribution à l'étude des ulcères peptiques à propos d'un cas à localisation exceptionnelle.

M. Montmont. — De l'hypertension artérielle essentielle chez la femme âgée.

M. Labuze. — Les manifestations cutanéo-muqueuses de la lynphogranulomatose bénigne.

M. Le Reste. — Le botulisme par conserves ménagères.

M. Le Saint. — Les porteurs de germes diphtériques.

M. Perceau. — A propos d'un cas d'encéphalite épidémique. Contagion professionnelle chez une infirmière soignant un parkinsonien.

M. Pierre. — Le traitement des ulcères peptiques par la novocaïne.

Mlle Chaine. — Un cas d'épithélioma mammaire spontané chez la souris en lactation.

M. Le Balch. — Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques.

M. Le Mallet. — Hémoptysies non tuberculeuses, hémoptysies sans cause. La bronchoscopie et la bronchographie lipiodolée, éléments de diagnostic indispensables.

THESES VETERINAIRES

24 *mai.* — M. Virat. — Les substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité.

8 *Juin.* — M. Hatior. — La race porcine de Bayeux.

ANTONIN GOSSET

1872-1944

Avec Antonin Gosset disparaît un des grands représentants de la chirurgie française, et même de la chirurgie tout court, car sa renommée et son influence débordaient les limites de son pays.

Né à Fécamp, où son père exerçait la médecine, il avait le physique des habitants de certaines localités de la côte, dont la légende veut faire d'anciennes colonies phéniciennes. Très brun, avec une barbe noire fournie, des yeux noirs brillants dont le regard vous pénétrait, alerte, d'une activité débordante, tel je l'ai connu quand je suivais la conférence d'internat, célèbre à l'époque, qu'il faisait à la Charité avec Cunéo et Brin.

Doué d'une grande clarté d'exposition, d'un art de mettre en relief ce qui faisait l'intérêt d'une question, d'une éloquence persuasive, il avait tout pour réussir dans la carrière des concours. Il la parcourut de manière éclatante : major à l'internat en 1894, agrégé en 1901, chirurgien des hôpitaux en 1903, il occupe son premier service à Necker en 1912. Puis l'ascension continue : professeur de clinique chirurgicale en 1913, il transporte la chaire à la Salpêtrière qu'il ne devait plus quitter. Il est successivement président de la Société Nationale de Clinique en 1930, président du Congrès Français de Chirurgie, membre de l'Académie de Médecine en 1928, de l'Académie des Sciences en 1934, et grand officier de la Légion d'honneur.

Sa présidence à la Société Nationale de Chirurgie en 1930 fut particulièrement remarquable par des réformes, telle que l'usage d'inviter des notabilités médicales à venir exposer des sujets pouvant intéresser la chirurgie. Dès cette époque, Gosset avait résolu de redonner à cette société son lustre d'antan en lui restituant les titres et les statuts de l'Académie de Chirurgie, supprimée en 1793. Avec sa ténacité coutumière (sa devise n'était-elle pas : *Omnia vincit tenax cogitandi voluntas*), il surmonta tous les obstacles et la séance d'inauguration de l'Académie de Chirurgie, à la Sorbonne, le 5 février 1936, fut un grand triomphe pour lui.

Sa carrière militaire n'est pas moins brillante. Dès le début de la guerre de 1914, celle que nous croyions tous être la grande guerre, il est mobilisé à l'hôpital Buffon, luttant contre la gangrène gazeuse avec le sérum de Leclainche et Vallée. Puis il est mis à la tête de l'ambulance 13/18, et devient chirurgien consultant de la 4e armée, celle de Gouraud. Il s'installe à Châlons-sur-Marne, à la caserne Corbineau, dont il fait un hôpital modèle, vers lequel on dirige spécialement les blessés articulaires et thoraciques. C'est là qu'il se lia d'amitié avec Duhamel, qui y écrivit ce beau livre : *La vie des martyrs.*

Antonin Gosset fut un grand chirurgien. Il avait bien été l'interne de Tillaux, Reclus, Guyon. Mais il fut avant tout l'élève et le continuateur de Terrier, le créateur de l'asepsie en chirurgie. C'est de lui qu'il acquit cette minutie stricte de l'asepsie, la netteté et la perfection dans ses plus petits détails de l'acte opératoire. Sa maîtrise se jugeait moins encore à la rapidité, au brillant de cet acte, qu'aux résultats obtenus.

Il publiait peu, mais prenait part aux grandes discussions des sociétés dont il faisait partie, et ses travaux, par exemple, sur la chirurgie biliaire, sur la greffe nerveuse, font autorité.

S'il a peu écrit, Gosset a beaucoup enseigné, par l'exemple d'abord, par ses leçons qui attiraient un nombreux public. Ce fut, avant tout, un entraîneur d'hommes, un grand patron. Dans ce magnifique hôpital de la Salpêtrière dont il poursuivit la construction et l'aménagement pendant près de 20 ans, avec une ténacité que rien ne décourageait, grâce à des dons qu'il savait susciter, et à sa générosité personnelle, il réussit à créer une formation chirurgicale qui fut pendant longtemps à Paris la seule que l'on osât montrer à des étrangers. Pénétré de la nécessité de l'interpénétration de la médecine, de la chirurgie et du laboratoire, il voulait que son service fût un centre de diagnostic, de traitement et de recherches. Il sut s'y entourer d'une pléiade de chirurgiens, neurochirurgiens, médecins, radiologues, histologistes, bactériologistes, devenus des maîtres qui maintiennent à leur tour le renom de la science française. Chef exigeant pour les autres, il était aimé et respecté de tous parce qu'exigeant aussi pour lui-même.

L'hôpital, la maison de santé ne lui suffisant pas, il voulut mettre à la portée de tous une maison de santé confortable, et ce fut l'hôpital Antoine Chantin.

Antonin Gosset ne se reposait jamais, ou plutôt, comme on l'a dit, il se reposait « avec activité ». Dans sa belle ferme de Normandie, près de son pays natal, il s'intéressait à l'élevage, à la sélection des races de bestiaux, porcs et surtout des chevaux. Son écurie de courses était son violon d'Ingres.

Son activité ne fut vaincue que par la maladie inexorable qui finit par l'emporter.

Mais il n'a pas disparu en entier, il a laissé son fils Jean Gosset, qui porte dignement le lourd héritage de son nom, et parcourt, à son tour, brillamment la carrière chirurgicale. C'est à lui et à Mme Gosset que vont l'expression de notre douloureuse et respectueuse sympathie.

Marcel Lance,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

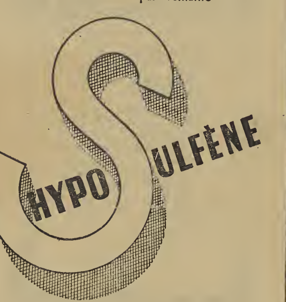
BIBLIOGRAPHIE

Conduite du traitement de l'état de mal épileptique, par M. Gaston Ferdière, médecin des hôpitaux psychiatriques. Préface de M. Jean Lhermitte. Un vol. broché de 58 pages. G. Doin, édit., Paris 1942.

La primo-infection tuberculeuse. Dépistage et traitement, par M. Franck Tissot. Préface du Dr A. Courcoux. Un vol. broché de 103 pages. Prix 40 fr. Masson et Cie, édit., Paris 1942.

Le rôle du système nerveux en pathologie rénale, par MM. J. Reilly, A. Compagnon, A. Laporte et H. du Buit. Un vol. broché de 112 pages. Prix 55 fr. Masson et Cie, édit., Pari 1942.







Dépôt légal 1944 : 4e trimestre. N° 1. — *Le Gérant :* F. Le Sourd.

11-1944. Imp. de Montsouris, Paris C. O. L. 31.1113. Dépôt légal : 4e trim., n° 202.

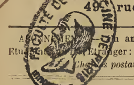
N° 17. — 15 NOVEMBRE 1944 | 117e ANNÉE | Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31



ABONNEMENTS — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER · 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

SOMMAIRE

AVIS IMPORTANT

La reprise de notre publication a lieu au milieu des difficultés très grandes de l'heure présente. Les imprimeries manquant de gaz pour les linos, nous sommes obligés de revenir dans bien des cas à la composition à la main. Nos lecteurs voudront bien excuser les imperfections et les retards qui pourront encore se produire ; nous faisons appel une fois de plus à leur confiance et à leur indulgence.

Tous les abonnements souscrits avant le mois d'août 1944 sont prolongés d'une durée de trois mois, *afin de compenser l'interruption qui nous a été imposée.*

Nous prions enfin instamment nos abonnés de nous faire connaître sans retard leurs changements d'adresses.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

A propos des concours. — Contrairement aux indications que nous avons données, non sans réserves, dans notre dernier numéro, il apparaît certain qu'il n'y aura pas de concours de l'internat et de l'externat avant la fin de la guerre.

Hôpitaux d'Orléans

Un **concours d'internat en médecine** pour les hôpitaux de la région d'Orléans aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, le 15 janvier 1945, à 9 heures.

Places mises au concours : quatre places d'internes en médecine titulaires à l'hôpital-hospice d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance de l'Orléanais, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 23 octobre 1944, M. Vullien, médecin chef de service à la clinique départementale d'Esquermes, est affecté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières.

Par arrêtés en date du 2 novembre 1944 :

M. le Dr Adnes, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne, est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et Vilaine).

M. le Dr Daussy, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rennes, est nommé médecin-chef à l'hôpital de Lesvellec (Morbihan).

Par arrêté en date du 8 novembre 1944, M. le Dr Fail est réintégré dans ses fonctions et nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon.

Faculté de médecine de Paris

Par arrêté en date du 27 octobre 1944, M. Hazard, professeur sans chaire à la Faculté de médecine, est nommé, à compter du 1er octobre 1944, professeur de pharmacologie et matière médicale à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Tiffeneau, retraité).

Par arrêté en date du 27 octobre 1944, M. Justin Besançon, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à dater du 1er octobre 1944, professeur d'hydrologie et climatologie thérapeutique à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Chiray, retraité).

Facultés de Médecine de province

Alger. — M. Kebl, agrégé, et M. Bonnet, agrégé, ont été nommés professeurs sans chaire.

M. Sarrouy, agrégé, a été nommé à titre provisoire, à compter du 1er mars 1944, professeur de clinique médicale et hygiène infantile.

Lyon. — M. le professeur Jean Lépine, ancien doyen, réintégré dans ses fonctions de doyen lors de la libération, a donné sa démission.

Education nationale

Enseignement supérieur. — Par arrêté du 4 octobre 1944, ont été réintégrés dans leurs fonctions :

Paris, MM. les professeurs agrégés Et. Bernard, Hagueneau, Halpben, Metzger, Chevallier.

Bordeaux, M. le professeur agrégé Franck.

Marseille, MM. les professeurs Olmer, Beltrami, Ducuing, Gabriel, Carcassonne.

Nancy, MM. les professeurs agrégés Neimann et Wolf. M. le professeur Job.

Toulouse, M. le professeur Soula, M. le Dr Faure, chef de travaux.

Angers, M. le professeur Fruchaud.

Caen, M. le professeur Desbouis.

Tours, M. le professeur Aron.

Santé publique

Citation à l'ordre de la Nation à titre posthume. — Sur proposition du ministre de la santé publique, le Gouvernement provisoire de la République française cite, à titre posthume :

A l'ordre de la Nation. — M. le Dr Morel (André), aux Riceys (Aube) : médecin parmi les plus courageux de la résistance. A lutté héroïquement pour la libération du territoire. Pendant l'occupation, a donné ses soins à de nombreux blessés des forces françaises de l'intérieur et aidé efficacement certains d'entre eux à se soustraire aux recherches de la police allemande, faisant preuve d'un dévouement patriotique au-dessus de tout éloge. A été mortellement blessé par l'ennemi d'une balle au front, près de Bar-sur-Seine, le 28 août 1944.

Fait à Paris, le 9 novembre 1944.

C. DE GAULLE (*J. O.*, 11 nov. 1944.)

L'Ordre des Médecins et les syndicats médicaux. — Le ministre de la santé publique vient de publier une circulaire ministérielle, en date du 24 octobre 1944, dans laquelle il précise les conditions de réorganisation des syndicats et la reconstitution de l'Ordre des Médecins. En voici les passages essentiels :

1° La réorganisation des syndicats médicaux est en cours. Aucune mesure ne doit être prise pour la reconstitution, la réunion et le fonctionnement des syndicats médicaux avant la parution de cette ordonnance;

2° Par décret du 10 octobre 1943, les Conseils de l'Ordre ont été dissous.

A la demande de l'immense majorité des médecins, je prépare un nouveau texte prévoyant un nouvel Ordre des Médecins s'occupant de l'honneur et de la moralité professionnelle. Aucune mesure ne peut être prise pour la réunion et la reconstitution des Ordres de Médecins actuellement;

3° Pendant l'occupation allemande se sont constitués des Conseils médicaux de la résistance, qui sont devenus les Comités médicaux de la Libération.

Ces Comités doivent travailler en liaison étroite avec les Comités départementaux de la Libération. Ils doivent être consultés sur les questions d'hygiène et de la protection de la santé. Il doit être tenu compte de leurs propositions et suggestions pour les solutions éventuelles de ces questions. Signé : BILLOUX.

Cabinet du Ministre. — La composition du cabinet est complétée comme suit : chef adjoint : M. Deroche ; attachés : Mme le Dr Barthes, M. le Médecin capitaine Marill ; chargés de mission : M. le Dr Lafay, M. le Médecin commandant Marx, M. Bonnet-Baillière.

Médecins de la santé en Algérie. — Par décret en date du 16 novembre 1944 (*J. O.*, 18 novembre 1944), il est créé en Algérie un corps de médecins de la santé recrutés par concours pouvant occuper selon leur grade et leur spécialisation un des emplois énumérés plus loin.

Le cadre des médecins de la santé comporte les grades suivants : médecin en chef, médecin principal, médecin de la santé.

Les médecins en chef peuvent occuper les fonctions de : 1° médecins chefs de service de la direction de la santé publique au Gouvernement général ; 2° médecins directeurs départementaux de la santé.

Les médecins principaux peuvent occuper les fonctions de : 1° médecins adjoints aux médecins directeurs départementaux ; 2° médecins de secteur ; 3° médecins directeurs des bureaux municipaux d'hygiène des villes, chefs-lieux de département ; 4° médecins chefs de laboratoire ; 5° médecins chefs du service sanitaire maritime.

Les médecins de la santé peuvent occuper les fonctions de : 1° chefs de circonscriptions médicales sanitaires ; 2° directeurs des bureaux municipaux de villes de plus de 50.000 habitants autres que les chefs-lieux de département ; 3° chefs de laboratoire ; 4° chefs d'équipe sanitaire mobile ; 5° médecins d'un service d'assistance médicale ou d'hygiène publique.

Le décret précise ces différentes fonctions, ainsi que le statut des médecins de la santé.

Protection de la maternité. — Le *Journal Officiel* du 15 novembre 1944 publie un décret du 8 novembre 1944 déterminant les conditions d'application de la loi provisoirement applicable du 16 décembre 1942 sur la protection de la maternité et de l'enfance.

Infirmières hospitalières. — Un arrêté du 4 octobre 1944 met en état de réquisition les élèves ayant subi les épreuves du diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière.

Ecoles de sages-femmes. — Ont été agréées pour dispenser l'enseignement en vue de la préparation au diplôme d'Etat de sage-femme :

L'école départementale d'accouchement de la Haute-Vienne, à la maternité de l'hôpital de Limoges, par arrêté du 12 octobre 1944 ;

L'école de sages-femmes à la maternité de l'hospice général, à Rouen ; l'école de sages-femmes à la maternité des hospices civils, à Caen, et l'école de sages-femmes à la maternité des hôpitaux, à Nantes, par arrêté du 7 novembre 1944. (*J. O.*, 16 nov. 1944.)

Association générale des Médecins de France

Bourses familiales du corps médical (fondation du Dr Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs, mises à la disposition de l'Association générale des Médecins de France par le Dr Roussel, a tenu ses séances au cours du mois de juillet. Quinze bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille.

38 demandes ont été examinées, parmi lesquelles ont été retenues les plus dignes d'intérêt par le nombre des enfants, les difficultés matérielles, la maladie et les conditions particulières d'existence.

L'Association générale, sous la présidence du professeur Baudoin, a collaboré dans le jury d'attribution avec le Dr Nieger représentant le Dr Roussel, les délégués de l'Association des Médecins de la Seine (Dr Fernet), de la Société de Femmes et Enfants de Médecins (Mme Eveno), de Médecine et Famille (Dr Quivy) et du Conseil National (Drs Cayla et Duvelleroy). Elle était elle-même représentée par MM. Baudouin, Claisse, Le Lorier, Touchard et O'Followell.

Caisse d'assistance médicale de guerre. — L'Association générale rappelle l'existence de sa Caisse d'assistance médicale de guerre, qui apporte son aide confraternelle si nécessaire aux médecins ou à leur famille victimes de la guerre, dont le nombre est si grand, hélas !

Les confrères désireux d'aider cette vieille Association dans son rôle bienfaisant, sont priés d'adresser leurs dons, en argent ou en nature, à l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e (compte courant postal : Paris 186 07).

Travail et sécurité sociale

Expertises. — Le *Journal Officiel* du 15 novembre 1944 publie un arrêté du 7 novembre relatif au relèvement du taux des expertises et indemnités de déplacement allouées aux médecins experts et surexperts près les centres de réforme.

Guerre

Concours pour le recrutement direct de médecins et de pharmaciens lieutenants de l'armée active — Ce concours s'ouvrira le 18 décembre 1944 au Val-de-Grâce, à Paris.

Inscription Ministère de la Guerre, direction du Service de santé, 1er bureau Personnel, 231, boulevard Saint-Germain, à Paris, jusqu'au 5 décembre 1944.

Médaille militaire. — Médecin auxiliaire Martinez, 4e R. T. M. (croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 5 nov. 1944.)

Citations à l'ordre de l'Armée. — Médecin lieutenant Sacutto, 3e bataillon médical, 1re sect. T. T. ; Pharmacien sous-lieutenant Duranden, 3e R. T. A. ; Médecin auxiliaire Finkelstein, 8e R. T. M. ; Médecin aspirant Gamby, 4e R. T. M.

Ces citations comportent la croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 5 nov. 1944.)

Médecin auxiliaire Chimenes (Hubert). (*J. O.*, 19 nov. 1944.)

A titre posthume. — Médecin lieutenant Quemener, tombé en Italie.

— Médecin auxiliaire Benkhdache, tombé en Italie.

— Médecin lieutenant Albert Lépine.

— Médecin sous-lieutenant Gasparo, tombé en Italie le 23 juin 1944.

— Pharmacien sous-lieutenant Durandeu, tombé en Italie le 14 juin 1944. (*J. O.*, 19 nov. 1944).

Cours

Clinique médicale de l'hôpital Bichat. — *Les grandes découvertes françaises en biologie médicale depuis soixante ans.* Ces conférences seront faites à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital Bichat :

Le mercredi 29 novembre 1944, à 10 h. 45, par M. Paul Valéry, de l'Académie française : *Introduction.*

Le mercredi 6 décembre 1944, à 10 h. 45, par M. le professeur Pasteur Vallery-Radot : *Découverte des vaccinations par virus-vaccins.*

Le mercredi 13 décembre 1944, à 10 h. 45, par M. le professeur Lemierre : *Découverte du séro diagnostic de la fièvre typhoïde.*

La suite des leçons sera indiquée ultérieurement.

Conférences d'Hématologie appliquée à la clinique. — Dr Paul Chevallier, agrégé, fera, à partir du samedi 18 novembre 1944 et les mardis et samedis suivants, une série de conférences sur l'hémorragie (semestre d'hiver) et les idiopathies hémolytiques (semestre d'été). Les conférences auront lieu à 18 heures, dans la salle de thèses n° 2 à la Faculté de Médecine.

Institut de puériculture. — Hôpital-Hospice Saint-Vincent-de-Paul (Enfants-Assistés), 71, rue Denfert-Rochereau. — M. le prof. agrégé Marcel Lelong et MM. R. Joseph, A. Rossier, Charousset, Vialatte, Detrois, ont commencé leur cours annuel de puériculture, le 11 novembre 1944. Renseignements et inscriptions au laboratoire à l'hôpital.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture sont donnés au siège social du Comité national de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III.

L'enseignement donné pour la 27e année est complété : 1. — Par des stages dans des consultations de nourrissons et des crèches ou pouponnières d'œuvres ou d'hôpitaux ; 2. — Par des démonstrations de travaux pratiques, de biberonnerie et de diététique ; 3. — Par des interrogations et des projections filmées.

Cet enseignement comprend :

a) Un cours élémentaire s'adressant aux futures mamans ou à des jeunes filles désirant se consacrer à l'élevage des petits enfants ;

(Voir suite page 268.)

ABCÈS DU CERVEAU OTITIQUE GUÉRISON APRÈS DRAINAGE ET INJECTIONS PÉNICILLÉES

par

André Aubin, René Martin, Pierre Clerc et Bernard Sureau.

Chaque jour les indications de la Pénicilline deviennent de plus en plus nombreuses, ce produit étant non seulement actif vis-à-vis des staphylocoques, des pneumocoques et des streptocoques, comme on l'a reconnu tout d'abord, mais aussi vis-à-vis des anaérobies. Malheureusement, les faibles quantités de Pénicilline dont on dispose actuellement en France limitent ses applications, qui doivent être réservées aux affections qui peuvent être traitées par des applications locales, plus économiques qu'un traitement général.

Un abcès du cerveau otitique nous a permis en injections locales d'obtenir un brillant et rapide résultat, que nous croyons intéressant de rapporter.

M. Ch. Edmond, âgé de 41 ans, employé de bureau, est suivi depuis un an régulièrement pour otorrhée chronique droite déjà ancienne dont on ne peut préciser le début.

Son observation peut se schématiser en quatre phases :

I. — Réchauffement d'une otite chronique.

Le 6 juin 1944, le malade se présente à la consultation car depuis une dizaine de jours, en même temps que l'écoulement est devenu plus abondant, il se plaint d'asthénie marquée, de céphalée qui a pris le caractère d'hémicrânie. Tous ces phénomènes n'avaient jamais été notés au préalable.

L'examen montre qu'il s'agit d'une suppuration antro-atticotympanique avec perforation réniforme empiétant en avant sur le Shrapnell. Le stylet dégage le pédicule d'un polype de l'attique et ramène un peu de cholestéatome comblant la perforation du Shrapnell. L'audition est à peu près nulle, il n'existe pas de « signes de la fistule ». L'épreuve calorique montre que le vestibule réagit faiblement. On peut donc poser le diagnostic d'otorrhée chronique en poussée de réchauffement avec cholestéatome.

Le malade est revu le mercredi suivant, 13 juin, et les signes constatés sont sensiblement identiques : il y a toujours absence de symptômes vestibulaires, pas de vertiges. La température est normale, le malade n'a jamais eu le moindre frisson. Cependant, devant la persistance de l'hémicrânie on décide de pratiquer le lundi suivant, 18 juin, un évidement pétro-mastoïdien.

II. — Phase de coma méningitique.

Le jeudi 15, moins de trois semaines après l'apparition des premiers symptômes, dans le courant de la matinée, le malade tombe progressivement dans le coma, et est admis d'urgence dans un service de médecine. L'interne de garde constatant un coma avec signes méningitiques nets, sans signes de localisation, pratique immédiatement une ponction lombaire qui ramène un liquide purulent comprenant 8.000 éléments par mm3 composé essentiellement de polynucléaires; l'examen direct ne montre pas de germes et la culture reste stérile. Une hémoculture pratiquée reste négative. On administre 12 gr. de Dagenan par os, et 15 cc. de Soluseptoplix sont injectés par voie rachidienne.

Le 16 juin, le tableau est inchangé, toutefois la conscience a reparu dans la nuit, mais il persiste un certain degré de confusion intellectuelle, la raideur méningée est extrême et l'examen neurologique ne révèle toujours aucun signe de localisation — la température est à 39° — le pouls est à 82.

L'intervention est pratiquée aussitôt ; évidemment pétro-mastoïdien classique; la dure-mère est dénudée et paraît saine ; on ne fait donc pas de ponction du cerveau. Le *diagnostic de réaction méningée puriforme aseptique* semble le plus probable, mais l'*hypothèse d'abcès du cerveau n'est pas totalement exclue*. Dès ce moment, le malade reçoit par voie parentérale 1 gr. de Soludagenan toutes les deux heures soit 12 gr. par 24 heures.

Le 17 juin, 24 heures après l'intervention, une ponction lombaire retire un liquide purulent — 8.000 éléments par mm3 — le taux de sucre est très diminué (o gr. 25), mais ni la culture ni l'examen direct ne permettent de déceler de germes. On injecte par voie rachidienne 1.000 unités de Pénicilline et 15 cc. de Soluseptoplix.

Le 19 juin, le liquide est clair, 800 éléments par mm3, le taux de sucre est remonté (o gr. 40).

Le 21 juin, on injecte 1.000 unités de Pénicilline et 15 cc. de Soluseptoplix, il ne reste plus que 400 éléments par mm3 et le taux de sucre s'est encore élevé (o gr. 48).

III. — Découverte d'un abcès cérébral et son drainage.

Malgré l'éclaircissement du liquide céphalo-rachidien, les signes cliniques restent graves ; le syndrome méningé, la confusion mentale et l'agitation persistent toujours. Bien que la température soit tombée et se maintienne à 37°, le pouls est ralenti, ne battant qu'à 45 ou 50 pulsations et faisant songer à un syndrome d'hypertension intracrânienne.

Le 28 juin, cette impression se précise — le malade est somnolent, semi-comateux ; il n'existe toujours aucun syndrome de localisation, pas de troubles cérébelleux, aucun signe d'excitation de la voie pyramidale; malgré un examen de fond d'œil normal, le diagnostic d'abcès du cerveau ne laisse pas de doute. On décide d'intervenir. Toutefois, avant l'opération, un jet de chlorure d'éthyle dans la cavité d'évidement montre une réponse labyrinthique. On explore d'abord la fosse cérébrale; la dure-mère est largement dénudée et paraît saine. Une première ponction est faite perpendiculairement à la méninge près de l'angle méningo-sinusale, qui ramène des gaz et quelques centimètres cubes d'un pus chocolat extrêmement fétide. L'aiguille est laissée en place et le soir, avant de retirer l'aiguille, on injecte dans l'abcès 5.000 unités de Pénicilline dissoute dans 5 cc. d'eau physiologique.

L'examen du pus montre une flore abondante où prédomine le proteus. La culture permet de mettre en évidence, outre le proteus, des staphylocoques et des bâtonnets anaérobies, à sporulation sub-terminale, prenant le gram, identifié ultérieurement au perfringens.

Le 13 juin, le malade est encore très confus et obnubilé. L'abcès est ponctionné avec quelques difficultés, on retire un liquide teinté par la pénicilline, puis du pus franc. On injecte alors 5 cc. de pénicilline (5.000 u.); l'aiguille est laissée en place.

L'examen bactériologique du pus retiré montre une grosse diminution du nombre des germes, le proteus est presque disparu.

Le 24 juin, jusqu'à 5 heures du matin, le malade est très agité, il perd ses urines — à 10 heures il est toujours désorienté et confus, le pouls est encore très ralenti (48), mais la tmpérature reste à 37°. Le pus s'est éclairci, les germes sont beaucoup moins abondants et les cultures sur milieux enrichis restent « pauvres » et font presque défaut dans certains tubes. L'état confusionnel persistant malgré l'évolution favorable de l'abcès, on se demande alors si une hypertension cérébrale n'est pas seule responsable de l'obnubilation et des accidents observés. L'abcès est alors ouvert et on introduit dans la cavité un drain du volume d'un crayon. On injecte un mélange de pénicilline et de Solufontamide qui ressort aussitôt. Dès lors le pansement est fait tous les jours, le drain est augmenté progressivement de volume, la plaie est arrosée du mélange pénicilline-Solufontamide.

Les jours suivants, on constate la disparition progressive de ce qui reste du syndrome infectieux. Le liquide céphalo-rachidien revient à la normale et une ponction effectuée le 27 juin, montre 15 éléments par mm3, une formule sanguine pratiquée le 28 indique 7.000 globules blancs contre 13.000 huit jours auparavant. L'ensemencement des mèches de la plaie montre l'absence de germes.

IV. — Un œdème cérébral résiduel cède immédiatement à une « décompressive ».

Malgré ces signes favorables le malade reste somnolent, confus. Le 30 juin, bien que la température soit tombée, le pouls est toujours ralenti — 44 pulsations par minute — aussi est-il logique de penser que tous ces troubles sont sous la dépendance de l'œdème cérébral et on décide de faire une trépanation décompressive. Cinq trous de trépan permettent de soulever un large volet dans la région temporo-pariétale droite. La dure-mère n'est pas modifiée; sa palpation près de la charnière du volet, révèle au-dessus du conduit auditif, et correspondant vraisemblablement à l'abcès, une zone molle qui contraste avec l'élasticité des régions voisines.

L'amélioration produite par la décompression est immédiate ; quelques minutes après la fracture du volet, le malade parle, pose des questions et sort rapidement de sa torpeur. Six heures après l'opération, le pouls atteint 70 pulsations et le malade est parfaitement présent.

L'évolution se fait dès lors rapidement vers la guérison.

Le 3 *juillet*, la cavité de l'abcès est comblée. Le drain est retiré le 5 *juillet*, le malade se lève, on peut le considérer comme guéri.

Le 7 juillet, le Dagenan est supprimé après avoir été diminué progressivement (1).

En résumé, il s'agit d'un malade atteint d'une otorrhée chronique dont le réchauffement se traduit par une hémicrânie, qui quelques jours plus tard devait tomber dans un coma méningitique. L'évidement pétro-mastoïdien associé à un traitement sulfamidé, puis sulfamido-pénicillé devait amener un éclaircissement rapide du liquide céphalo-rachidien. Mais le syndrome méningé persiste, des signes cliniques d'hypertension intracrânienne apparaissent ; aussi, on est amené à songer à un abcès du cerveau, ce qui commande une nouvelle intervention. Grâce à un traitement pénicillé local, cet abcès du cerveau se tarit dans un temps record. Les signes de compression cérébrale s'accentuant, on rapporte ces troubles à un œdème cérébral et on pratique une trépanation décompressive qui amène une amélioration immédiate, suivie après quelques jours d'une guérison complète.

Cette observation est intéressante à un double point de vue, *médical et chirurgical.*

Médical, elle montre l'intérêt de la pénicilline dans les méningites, fait déjà connu, et surtout sa grande activité dans le traitement des abcès cérébraux par injections locales.

Chirurgical, elle illustre l'intérêt de la décompression temporo-pariétal dans le cas d'œdème résiduel.

VALEUR DE LA PÉNICILLINE

L'action de la pénicilline sur la méningite a été des plus probants ; en quatre jours, malgré la persistance du foyer infectieux, les injections intrarachidiennes ont amené l'éclaircissement du liquide céphalo-rachidien dont les éléments sont tombés de 8.000 à 400 au mm3. Les sulfamides d'abord employés seuls (et qui filtraient d'ailleurs mal à travers les méninges, puisque le malade, absorbant 12 grammes de 693 par jour,

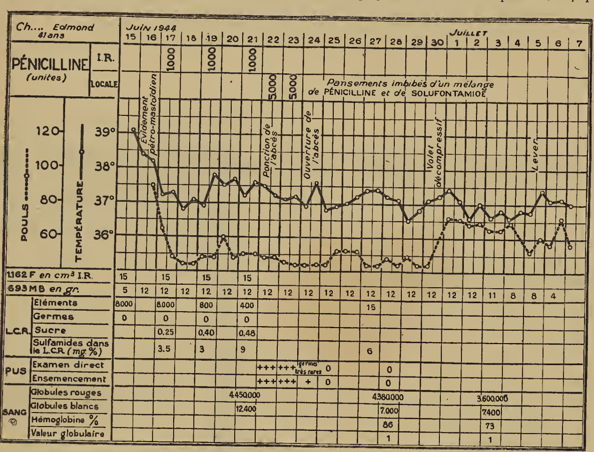
(1) Nous avons utilisé de la Pénicilline thérapeutique Rhône-Poulenc aimablement mise à notre disposition par le Docteur Nitti.

n'avait que 3 mmgr. pour 100 de sulfamide dans son liquide C. R.) n'avaient nullement amélioré l'état. L'association sulfamido-pénicillée par contre devait venir à bout rapidement de cette affection méningée. Cette association, point sur lequel deux d'entre nous ont déjà insisté (1), est du plus grand intérêt ; chaque produit conserve ses spécificités propres et se renforce mutuellement.

Cette observation montre, en outre, que les indications de la pénicilline ne sont pas limitées aux affections méningées, mais qu'elles peuvent s'étendre aux abcès cérébraux. Dans notre cas, il s'agissait d'un abcès infecté par le proteus, le staphylocoque et le perfringens, qui fut rapidement guéri par des injections locales de pénicilline. Dès le lendemain de la première injection de pénicilline dans la cavité de l'abcès, le pus devient plus fluide et plus clair, le proteus n'est plus retrouvé et le nombre des staphylocoques diminue notablement ; le quatrième jour, les perfringens disparaissent à leur tour et les cultures restent stériles ; deux jours après sa mise à plat l'abcès est guéri et la cavité comblée. L'emploi des sulfamides ou les autres méthodes employées jusqu'à ce jour ne nous avaient jamais donné une guérison aussi rapide.

Nous croyons donc intéressant d'insister tout particulièrement sur l'efficacité très grande de la pénicilline dans les abcès du cerveau qui, à notre connaissance, n'avait jamais été signalée en France. Lorsque la pénicilline sera injectée en association avec des sulfamides solubles, il faudra toujours choisir une solution sulfamidée ayant un pH voisin de 7, les solutions trop alcalines peuvent détruire la pénicilline. La sulfamidothiourée soluble (225 R P) est la sulfamide de choix, car elle contient 33 % de sulfamide à un pH de 7.

(1) René Martin et Bernard Sureau. *Paris Médical*, 10 juin 1944.



INTÉRÊT DE LA DÉCOMPRESSION PAR VOIE TEMPORO-PARIÉTALE DANS LE CAS D'UN ŒDÈME CÉRÉBRAL TENACE APRÈS ABCÈS

Habituellement le drainage de l'abcès est suivi aussitôt de la regression progressive des signes encéphaliques de compression ; ici, malgré l'évolution favorable du foyer infectieux, la torpeur, une somnolence invincible, la bradycardie restaient manifestes. L'œdème cérébral pouvant seul en être la cause, on décide de pratiquer une décompression. Nous avons donné la préférence à un large volet osseux fronto-pariétal plutôt que d'agrandir la brèche osseuse opératoire. Le résultat a été des plus probants. Dans les quelques minutes qui suivirent la bascule du volet osseux, on assiste à la disparition de la torpeur et au retour de la conscience ; le malade nous parle et répond correctement aux questions posées. La prise régulière du pouls de deux en deux heures montre une ascension progressive ; en 6 heures il passe de 40 à 70 pulsations. Depuis, les phénomènes encéphaliques ont disparu définitivement, le malade est redevenu normal.

Dans un abcès cérébral le drainage ne constitue que le premier temps de l'intervention, la surveillance de l'œdème cérébral est nécessaire et peut nécessiter une trépanation.

Conclusions.

1° La pénicilline constitue actuellement le moyen de choix pour obtenir la stérilisation rapide d'une suppuration encéphalique ; cette méthode mérite d'être poursuivie.

2° En cas de persistance des troubles encéphaliques et d'hypertension, la taille d'un volet décompressif est un moyen simple et efficace de remédier à l'œdème cérébral résiduel qui peut être une complication redoutable.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

12 juin. — M. Courmelon. — Résultats obtenus par le traitement d'électrochoc dans le service « Hommes » de Ville-Evrard.

M. Balter. — Contribution à l'étude des facteurs léthaux en pathologie humaine.

M. Pasche. — Contribution à la psychopathologie du cauchemar.

Mlle Cloche. — L'électroencéphalographie dans l'épilepsie.

M. le Conniat. — Contribution à l'étude radiologique des coxarthries et en particulier des formes géodiques.

M. Peiffert. — De la conductibilité du corps humain en courants alternatifs de haute et basse fréquence.

M. Sorin. — Une méthode de classification des films radiographiques.

M. Dupaigne. — Etude morphologique et histologique de l'ovaire.

M. Laloy. — A propos de quelques cas de tétanos traités par la séro-ethanolthérapie.

Mlle Balle. — Le diagnostic d'une dermite artificielle par la méthode des tests épidémiques.

Mlle Guy. — Contribution à l'étude des séries de réactions physiologique d'adaptation de l'organisme à basse tension d'oxygène.

M. Guillaume. — Etiologie de la méningite lymphocitaire curable.

Mme Peuvion. — Considérations sur les comptes rendus des examens hématologiques.

Mlle Thiédot. — Un cas d'abcès du poumon révélé par une vomique tardive et compliqué d'abcès du cerveau.

Mlle Douroff. — La kérato-conjonctivite phlycténulaire ou noueuse, signe révélateur de l'imprégnation tuberculeuse chez l'enfant.

M. Richet. — Etude critique des paralysies ascendantes aiguës.

M. Morat. — De la diverticulite chronique.

M. Ronsin. — Le pronostic du cancer du sein opéré et irradié.

M. Braley. — L'élimination de l'eau et du sel dans les obésités fonctionnelles d'origine hypophysaire.

M. Fabre. — De l'amibiase autochtone.

M. Robardet. — De la purification de la sérum-albumine.

M. Merlant. — Des fistules duodénales externes après gastrectomie.

M. Minkowski. — Œdèmes pulmonaires. Etude symptomatologique et thérapeutique.

M. Balzanoff. — L'angine de poitrine dans l'aortite syphilitique.

LES SYNDROMES NEURO-ECTODERMIQUES

LES NEURO-ECTODERMOSES

par le Professeur H. Roger, de Marseille.

La nosographie divise les maladies suivant les organes frappés, cœur, poumons (classification topographique), suivant les facteurs causaux qui les atteignent, infections, intoxications, dyscrasies (classification étiologique), suivant les caractères inflammatoire, tumoral, dégénératif de leurs lésions (classification anatomo-pathologique), suivant les fonctions générales auxquelles ils concourent (classification physio-pathologique).

Actuellement une tendance se fait jour de plus en plus qui distingue les processus à manifestations multiples, atteignant les formations de même structure (maladies des séreuses, du tissu réticulo-endothélial) ou de même origine embryonnaire, quelle que soit leur place dans l'économie, n'occupant même que des portions d'organes assez éloignés et assez différents : affections du mésoderme et plus particulièrement affections de l'ectoderme et de son dérivé, le système nerveux : syndromes neuro-ectodermiques.

Nous proposons de donner à ces derniers le nom de neuro-ectodermoses.

Reprenant une classification proposée il y a vingt ans, nous les divisons en trois groupes.

1° Le plus important, le mieux différencié, comprend quelques maladies dystrophiques que, pour mieux souligner le caractère tumoral, nous appelons neuro-ectodermomes, comme on dit épithéliome, angiome, tuberculome, etc. ;

2° Viennent ensuite les états infectieux à prédominance neurocutanée, les neuro-ectodermites, par analogie avec encéphalite, myélite, etc.

3° Enfin se placent les intoxications, les neuro-ectodermismes, par comparaison avec saturnisme, hydrargyrisme, etc.

Les neuro-ectodermomes.

Ils sont pour la plupart d'allure diffuse. Mais il en est quelques-uns de plus localisés et même de systématisés.

Neuro-ectodermomes à tendance diffuse.

MALADIE DE RECKLINGHAUSEN, MALADIE DE BOURNEVILLE, MALADIE DE LINDAU

On range sous ce chef trois affections principales : la maladie de Recklinghausen, neuro-fibromatose ou mieux neuro-gliomatose; la maladie de Bourneville ou épiloia (adénomes sébacés de la face avec épilepsie ou troubles psychiques); la maladie de Lindau ou de Von Hippel-Lindau (angiomatose cérébro-rétinienne et cutanée), à la première des manifestations cutanées prédominantes, les deux autres des localisations surtout nerveuses.

N'ayant nullement l'intention de décrire séparément chacune d'entre elles, nous nous contenterons d'indiquer les caractères communs qui les rapprochent au point de vue anatomique, histologique, étiologique, pathogénique et évolutif.

A. — Caractères anatomiques.

Leur principale caractéristique est la réunion chez un même individu de tumeurs cutanées, nerveuses et souvent aussi rétiniennes.

1° TUMEURS CUTANÉES. Ce sont :

a) De petites néoformations dermiques, sans coloration spéciale, soulevant la peau, disséminées en nombre souvent considérable sur tout le corps, dans la maladie de Recklinghausen. On les a considérées comme des neuro-fibromes; en réalité, il s'agit de neuro-gliomes. Parfois une tumeur plus volumineuse prend le nom de tumeur royale.

b) Des naevi qu'on rencontre dans la même maladie, mais que l'on voit surtout dans la maladie de Bourneville. Il s'agit ici de petites néoformations rosées, indurées, localisées à la face, tout autour de l'orifice buccal, où elle prennent le nom d'adénomes sébacés type Pringle, et au niveau de la racine des ongles, tumeurs sous-unguéales de Kœnen.

La coexistence de ces naevi a fait donner par Van der Hove à ces maladies du système neuro-ectodermique le nom de phakomatoses (de phakos noevus).

c) Accessoirement des taches pigmentaires de couleur brunâtre ou café au lait assez spéciales à la neuro-gliomatose.

2° TUMEURS DU SYSTÈME NERVEUX.

a) *Périphérique*. Dans la maladie de Recklinghausen sur le trajet des principaux troncs nerveux des membres s'échelonnent des néoformations de dimensions plus ou moins importantes (neurinomes) ou bien de grosses masses tumorales occupant une partie du membre (névrome plexiforme). Ou bien des tumeurs souvent volumineuses et nées aux dépens du système nerveux sympathique, occupent le médiastin, l'abdomen (Schwammommes de l'estomac, de l'intestin).

b) *Radiculaire* : neurinomes des racines rachidiennes réalisant une forme de compression médullaire assez féquente pour que, en présence d'un pareil tableau clinique, on doive systématiquement explorer la peau et rechercher taches pigmentaires et nodules cutanés, — neurinomes des nerfs crâniens, en particulier de l'acoustique (uni ou bilatéral) et plus rarement des IX, X et XI, déterminant un syndrome de l'angle ponto-cérébelleux.

c) *Central* : angiome surtout cérébelleux de la maladie de Lindau, néoformations corticales et sous-corticales de la maladie de Bourneville (sclérose tubéreuse, istio-atypie corticale de Pellizi), plus rarement tumeurs intra-cérébrales de la maladie de Recklinghausen.

3° TUMEURS RÉTINIENNES.

Assez spéciales à la maladie de Lindau, elles apparaissent sous forme de véritables ballons, rouges jaunâtres, faisant saillie à la surface de la rétine; elles évoluent vers la dégénérescence kystique. Elles se rencontrent parfois dans la sclérose tubéreuse et dans la neurogliomatose.

B. — Caractères histologiques.

Malgré leurs caractères parfois différents, toutes ces néoformations dérivent du système nerveux.

a) Dans la maladie de Recklinghausen, les tumeurs cutanées sont du type neuro-gliomateux et les tumeurs intra-rachidiennes ou intra-crâniennes sont du genre neurinomes.

b) Dans la sclérose tubéreuse de Bourneville, les néoformations cérébrales sont du type glial.

c) Enfin, dans les angiomes cérébelleux ou rétiniens de la maladie de Lindau, la prolifération névroglique joue un rôle important.

C. — Caractères étiologiques.

Deux facteurs conditionnent l'étiologie de ces neuro-ectodermomes, l'origine congénitale, le caractère familial et héréditaire.

1° ORIGINE CONGÉNITALE.

a) Les néoformations cutanées de la maladie de Recklinghausen et de la maladie de Bourneville apparaissent dès l'enfance ou dès l'adolescence.

b) Les manifestations encéphalo-rétiniennes de la maladie de Lindau se rencontrent avant l'âge de 25 ans. Si les néoplasmes de l'acoustique de la neuro-gliomatose ne s'extériorisent parfois qu'à l'âge adulte, leur longue évolution et leur lente croissance permettent de rattacher leur début à un stade bien plus précoce.

2° CARACTÈRE FAMILIAL ET HÉRÉDITAIRE.

On peut suivre dans plusieurs générations la coexistence des nodules sous-cutanés et des taches pigmentaires de la neuro-gliomatose. Bien plus, il est des cas où des tumeurs cérébrales de cette origine se rencontrent chez plusieurs membres de la même famille. Nous avons, avec Sarradon, avec Alliez, observé deux de ces familles où des néoplasmes de l'acoustique, uni ou bilatéraux, avaient frappé plusieurs générations.

Dans la maladie de Lindau, tumeurs rétiniennes et cérébrales alternent parfois chez un frère et une sœur, chez un père et un fils, ou se rencontrent associées chez plusieurs ascendants ou descendants.

Dans la maladie de Bourneville, l'infécondité habituelle empêche la transmission de la maladie; mais il n'est pas exceptionnel de rencontrer plusieurs cas dans une même fratrie.

D. — Caractères pathogéniques.

Toutes ces néoformations, cutanées ou nerveuses, ont une origine dysembryoplasique. Van Boggaert, qui situe leur origine vers le troisième ou quatrième mois de la vie intra-utérine, leur a donné le nom de dysplasies neuro-ectodermiques congénitales.

Ce caractère dysembryoplasique est souligné par l'association d'autres malformations débordant le système neuro-ectodermique :

1° TUMEURS D'ORIGINE EMBRYONNAIRE.

a) Rhabdomyomes du cœur, hypernéphromes, cavernomes du foie dans la maladie de Recklinghausen.

b) Tumeurs rénales mixtes développées aux dépens du corps de Wolff dans la maladie de Bourneville.

c) Tumeurs kystiques de l'ovaire, du pancréas, des surrénales, dans la maladie de Lindau.

2° MALFORMATIONS NON TUMORALES : reins en fer à cheva, trou de Botal dans la sclérose tubéreuse. Lésions des os, scoliose, lacunes crâniennes dans la neuro-gliomatose.

E. — Caractères évolutifs.

Toutes ces néoformations ont une marche lente. Constituées dès l'enfance ou l'adolescence d'une manière insidieuse, elles ne progressent pas beaucoup. Elles peuvent cependant subir de rares poussées évolutives avec apparition de nouvelles tumeurs, comme dans la maladie de Recklinghausen.

En raison de cette lenteur d'évolution, les localisations cérébrales ne s'accompagnent qu'assez rarement ou tardivement du syndrome d'hypertension intracrânienne.

Autres neuro-ectodermomes congénitaux plus rares.

A. — Touraine a isolé, sous le nom de *mélano-blastose neuro-cutanée*, une affection caractérisée par la coexistence de naevi pigmentaires et d'une mélanose du système nerveux :

1° Mélanose cutanée à type de naevi pigmentaires plus ou moins nombreux et importants, constitués à l'examen histologique par de nombreux éléments gliomateux.

2° Mélanose diffuse ou circonscrite du système nerveux par hyperplasie ou néoplasie de la pigmentation mélanique physiologique des méninges molles, qui, soit dans leur totalité, soit par plaques, en particulier au niveau de la base du crâne, prennent une teinte allant du gris ardoisé au noir foncé. Cette mélanose piemérienne n'a pas grande séméiologie clinique, sauf le cas d'associations de néoformations tumorales à type de mélano-blastomes, cérébraux, cérébelleux ou médullaires.

Touraine distingue deux formes cliniques : l'une discrète avec naevi cutanés et cérébraux peu développés, l'autre avec néoformations cutanées et cérébrales à évolution rapide.

La place de cette maladie dans le cadre des neuro-ectodermomes se justifie par l'origine non mésodermique, mais ectodermique (Soldau, Masson) des cellules mélaniques du névraxe et par leurs connexions étroites avec les cellules de la gaine périnerveuse de Schwann.

B. — A côté de ces neuro-ectodermoses congénitales à type surtout néoplasique, Touraine distingue trois autres types de neuro-ectodermoses congénitales sans caractère tumoral :

I. — TYPE HYPOPLASIQUE, avec troubles psychiques fréquents, souvent graves.

Albinisme associé à une diminution de l'intelligence allant jusqu'à l'imbécilité, — atrophie ou dystrophie des ongles (sillons transversaux), fréquente chez les anormaux, les prostituées, — alopécie congénitale, souvent associée à des maladies nerveuses, en particulier à de l'arriération mentale, — hypoplasie tissulaire à type d'hyperlavité cutanée, cutis laxa — ou maladie d'Ehler-Danlos.

II. — TYPE HYPERPLASIQUE, aves troubles psychiques, en général d'hypcractivité, rarement graves ou antisociaux :

a) Portant sur la *kératinisation* : ichtyose congénitale, avec arriération mentale, idiotie, parfois épilepsie (cas personnel), kératose congénitale avec modifications du caractère et parfois de l'idéation, érythrodermie ichtyosiforme de Brocq.

b) Portant sur la *pigmentation*. A côté de la mélanoblastose neuro-cutanée déjà signalée, Touraine a isolé, sous le nom de *lentiginose centro-faciale* ou lentiginose neuro-dysraphique, une affection caractérisée par des taches brunâtres de lentigo, de la dimension d'un grain de millet, à localisation uniquement centro-faciale (nez, partie médiane du front, zone interne des pommettes), par l'association de dysplasie par dysraphie (status dysraphicus de Bremer dû au défaut de coalescence du raphé médian postérieur du canal neural), par des troubles neuro-psychiques avec prédominance des troubles mentaux, hypoactivité (arriération, paresse, mauvaise mémoire, apathie) ou hyperactivité (nervosité, caractère difficile, perversité, colères).

c) Portant sur le *système pileux* hirsutisme compliqué souvent de troubles du caractère et de déficience mentale, hypertrichoses diverses.

III. — TYPE DYSPLASIQUE : trophoedème, status dysraphicus.

Neuro-ectodermomes à localisation systématisée à un territoire donné.

Nous avons surtout en vue les cas où les tumeurs cutanées se superposent aux tumeurs nerveuses dans le même territoire. Nous avons eu l'occasion d'observer dans la maladie de Recklinghausen, par exemple, des neuro-gliomes cutanés de la région occipitale chez des malades porteurs de tumeur de l'acoustique.

Ces neuro-ectodermomes localisés et systématisés peuvent siéger à la face, au tronc, aux membres.

A. — Face.

L'angiomatose encéphalo-trigéminée, ainsi que l'a dénommée Crouzon, est caractérisée par :

a) Un naevus facial occupant une hémiface dans le territoire d'une ou de deux branches du trijumeau ;

b) Par des angiomes de l'encéphale, localisés du même côté et se traduisant au point de vue neuro-psychiâtrique par des crises d'épilepsie souvent jacksonienne, par des troubles psychiques, par une hémiplégie ou une hémiparésie, et au point de vue radiologique, par des opacités frontales, occipitales.

Il faut en rapprocher la *maladie de Sturges-Weber-Krabbe*, caractérisée comme l'angiomatose encéphalo-trigéminée, par la coexistence d'un nævus facial, de crises épilectiques contra-latérales et d'images de calcifications cérébrales, mais à ce tableau s'ajoute un glaucome congénital. Ici, encore plus que dans la maladie précédente, il n'y a pas toujours de relation entre les calcifications cérébrales et les capillaires.

A cause de la coexistence dans certains cas de tumeurs rétiniennes, on a voulu rattacher cette maladie à l'angiomatose cérébro-rétinienne de Lindau, mais elle nous paraît mieux à sa place dans le groupe envisagé ici.

B. — Tronc.

Rappelons les cas de nævus ou d'hypertrichose lombo-sacrée, associés à de l'énurésie et à un spina-bifida occulta décelable par la radiographie.

C. — Membres.

Dans la neuro-gliomatose on peut voir une tumeur cutanée volumineuse, dite névrome plexiforme, superposée à une série de tumeurs échelonnées le long des nerfs du membre.

Mentionnons la distribution radiculaire et parfois symétrique de certains nævi des membres, avec ou sans signes neurologiques associés.

Signalons enfin ces tumeurs si particulières, situées au niveau de la pulpe d'un doigt, dénommées par Masson tumeurs glomiques, à cause de leur développement aux dépens du glomus artériel et caractérisées par des douleurs extrêmement vives au moindre frôlement et particulièrement diffusantes à l'ensemble du membre. L'ablation de cette petite néoformation fait cesser ces algies intolérables qui empêchaient complètement l'usage du membre.

A côté du type des neuro-ectodermomes, où les localisations cutanées comme les localisations nerveuses sont d'origine congénitale et embryonnaire, il y a lieu de décrire les cas de tumeurs cutanées congénitales telles que les nævi, mais dont les déterminations nerveuses sont acquises, lorsque ces nævi viennent à subir une dégénérescence maligne nævo-carcinome) et localisent surtout leurs métastases au niveau de la peau, du système nerveux et de la rétine, comme dans un cas personnel suivi avec Mosinger.

Les neuro-ectodermites.

On peut en distinguer plusieurs groupes :

1° Levaditi a réuni sous le nom d'ectodermoses neurotropes une série de maladies infectieuses dues à un virus filtrant ayant une affinité spéciale pour les tissus dérivés de l'ectoderme primitif, tant pour l'ectoderme tégumentaire (peau, muqueuse pharyngo-nasale, cornée) que pour l'ectoderme invaginé, origine du système nerveux central et périphérique.

a) Les unes sont surtout neurotropes : telles l'encéphalite, la poliomyélite, la rage. Mais leur virus a une affinité spéciale pour la cornée, qui sert de porte d'entrée pour l'inoculation expérimentale.

b) Les autres sont surtout dermotropes : herpès et vaccine, mais leur virus se cultive fort bien dans les centres nerveux et peut s'y localiser au cours de la maladie même, épidémies d'encéphalite vaccinale en particulier. On nous permettra peut-être d'en rapprocher certaines fièvres éruptives, en particulier la rougeole et la scarlatine, dont on connaît les complications encéphaliques et médullaires.

c) Un groupe intermédiaire est à la fois dermotrope et neurotrope, tel le zona qui localise dans le même territoire nerveux l'éruption cutanée si spéciale et le syndrome douloureux.

Dans l'acrodynie, outre la coloration rosée avec desquamation particulière des extrémités et troubles sympathiques, on note d'importantes modifications du sommeil et du caractère, dépendant peut-être, il est vrai, d'une localisation du virus au niveau de la base du cerveau.

2° A côté de ces infections à virus filtrant, nous en placerons quelques autres à germes plus connus, mais dont la prédominance neuro-ectodermique n'est pas moins patente.

a) Dans les unes, comme le tétanos, le microbe entre et vit au niveau de la peau et sa toxine se fixe ensuite sur le système nerveux, en cheminant le long des nerfs. Il y a même au début et parfois d'une manière exclusive, localisation des contractures au seul territoire inoculé : tétanos partiel des membres, tétanos céphalique de Rose.

b) Dans d'autres, comme la diphtérie, les bacilles colonisent sur la muqueuse pharyngée, d'origine ectodermique, et la complication la plus fréquente, la névrite, se superpose, au début tout au moins, au territoire infecté (paralysie vélopalatine).

Il est enfin des infections subaiguës ou chroniques telle la syphilis dont la porte d'entrée est cutanéo-muqueuse dont les manifestations prédominent sur la peau et les muqueuses ectodermiques, et dont les complications les plus graves frappent le système nerveux central ou périphérique ou plus fréquemment encore les méninges qui l'enveloppent.

La lèpre avec ses lépromes cutanés et nerveux entre dans le même cadre.

Et, à un moindre degré, la trypanosomiase. Car, si à un moment donné de son évolution elle affecte plus particulièrement le système lymphatique, elle n'en réalise pas moins au début des éruptions cutanées caractéristiques et l'on connaît la prédominance des lésions nerveuses.

Les neuro-ectodermismes.

Les intoxications à manifestations neuro-cutanées prédominantes peuvent être exogènes ou endogènes.

1° EXOGÈNES. — L'arsenicisme se traduit par des manifestations cutanées, en particulier par une mélanodermie spéciale, en même temps que par des polynévrites. Certains médicaments, à action sédative et surtout hypnotique à cause de leur fixation élective sur les centres nerveux, ont également des manifestations cutanées non négligeables : acné bromique, phlyctènes de l'intoxication barbiturique aiguë, éruption prurigineuse du gardénalisme chronique.

La maladie sérique adjoint parfois aux réactions cutanées morbiliformes ou urticariennes classiques, des complications nerveuses à type d'algoparésie localisées surtout à la racine d'un ou deux membres supérieurs.

2° ENDOGÈNES. — Parmi les auto-intoxications d'origine endocrinienne, mentionnons la maladie de Basedow, dont on connaît les nombreux symptômes psychiques et quelques manifestations cutanées d'ordre pigmentaire.

Parmi les avitaminoses, il faut mettre au premier plan la pellagre, qui, à côté de ses érythèmes prédominant aux extrémités, se caractérise souvent par des troubles mentaux (folie pellagreuse).

Dans la porphyrinurie, à côté des éruptions cutanées survenant sur les parties du corps découvertes exposées à la lumière solaire (hydroa vacciniforme), nous avons constaté dans un cas des troubles psychiques paraissant en rapport avec la maladie.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la *névrose* qui ne puisse associer, mais cette fois d'une façon assez spéciale, troubles psychiques et lésions cutanées. Nous n'en voulons pour preuve que les œdèmes ou les éruptions phlycténoïdes des pithiatiques dus à une pure simulation. L'on connaît l'histoire classique du fameux « pathomime » de Dieulafoy : pour attirer l'attention de ses médecins et exciter de plus en plus leur étonnement, ce névropathe se faisait artificiellement et entretenait à l'un de ses membres supérieurs des ulcérations torpides qui ne guérissaient jamais malgré toutes les thérapeutiques et qui déroutaient la sagacité des techniciens ; il alla jusqu'à subir avec stoïcisme des amputations successives pour mieux jouer son rôle jusqu'au bout.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES A STAPHYLOCOQUES DE L'ENFANT

Une intéressante discussion s'est ouverte à la Société de Pédiatrie (18 juillet 1944) au sujet des pleurésies purulentes à staphylocoques du très jeune enfant, jusqu'en ses premiers jours. Il y a là, pour le médecin, des indications thérapeutiques difficiles à établir et des décisions à prendre grosses de conséquences.

Ces pleurésies ont paru plus fréquentes en ces temps derniers puisque Lelong, Rossier, Mlle Garnier, Lange et Soulier en ont observé 9 cas en 13 mois et que Marquézy, Mlle Ladet et Bach ont pu faire état aussi de 9 cas personnels récents, dont 2 chez des nourrissons de moins de 3 mois. On démêle mal encore les raisons de cette fréquence même apparente. Lorsque la pleurésie staphylococcique atteint un nouveau-né, Ribadeau-Dumas a noté sa coexistence ou son association avec une affection de même nature bactériologique atteignant soit l'organisme maternel (abcès du rein, pleurésie purulente), soit celui de l'enfant mais, en quelque sorte, à ses frontières (infection du cordon ombilical). En sorte qu'ici encore, il n'est peut-être pas illégitime de soupçonner la conséquence, même indirecte, du déséquilibre alimentaire et des carences qui amoindrissent les défenses de l'organisme.

A une période moins précoce de la vie, la pleurésie purulente peut être primitive, mais elle se relie souvent soit à une localisation pulmonaire (broncho-pneumonie à staphylocoques), soit à un autre foyer moins proche (pyodermites, rhinopharyngites, otites, ostéomyélites même).

Le débat peut être dramatique mais plus souvent il s'agit d'accidents latents et dont il est malaisé de préciser la nature. On a devant soi un enfant en état d'anémie profonde, d'une pâleur parfois extrême et en proie à la dyspnée. Il s'y ajoute de la fièvre.

La pleurésie staphylococcique n'a jamais la tendance à l'enkystement des empyèmes pneumococciques ; tout se passe dans la grande cavité, mais le diagnostic n'en est pas pour cela plus aisé. L'auscultation est trompeuse ; la percussion et la radioscopie renseignent mieux sans pourtant donner toujours une certitude immédiate. Une percussion très soigneuse est indispensable et la matité n'est pas toujours absolue ni très étendue. L'interprétation, de même que celle des clichés, peut être rendue délicate par l'état des poumons sous-jacent.

C'est donc à la ponction exploratrice en zone mate, que l'on doit parfois répéter plusieurs fois, que revient la charge de dépister l'épanchement quant à son existence, sa localisation et sa nature bactériologique. La virulence, toujours grande, des germes peut, nous le verrons, rendre cette ponction beaucoup moins anodine que les explorations pleurales habituelles.

Si grave que soit cette pleurésie, son pronostic n'est cependant pas inexorable : Marquézy a vu 2 vomiques sur 9 cas et le traitement bien dirigé est d'une efficacité non douteuse.

Le difficile est le problème thérapeutique. La règle générale d'évacuation aussi précoce et large que possible des collections suppurées est valable pour l'adulte. Il est de fait aussi que l'opération de l'empyème se pratiquait même en des temps où la chirurgie devait s'abstenir d'entreprises osées ; dans un passé encore récent, comme le rappelait Génévrier ,au cours de la discussion, on faisait la thoracotomie en Médecine sur le malade, dans son lit. Il est notoire aussi que dans les pleurésies à pneumocoques, où l'ouverture large permet seule d'évacuer convenablement un pus fibrineux et granuleux on a de bons résultats.

Il en est autrement avec la pleurésie à staphylocoques. La consistance du pus ne rend pas indispensable la large ouverture. Mais surtout il est un fait qu'aucun des participants de la discussion du 18 juillet 1944 n'a contesté : **la pleurotomie est dangereuse chez le jeune enfant.** On le sait depuis longtemps et Genevrier a fort opportunément rappelé l'aphorisme de Broca qui condamnait, en principe, la pleurotomie avant 6 ans et après 60. Chez le jeune enfant, en effet, elle est toujours choquante et d'autant plus que les besoins du drainage ou tout autre motif l'ont commandée large. La résection costale aggrave aussi, a-t-on pensé, par elle-même l'opération.

Sans doute faut-il, comme le veut Sorrel, ne pas négliger ce qui revient aux cas mauvais, trop longtemps soignés médicalement et trop tard confiés au chirurgien. Cependant, aujourd'hui comme autrefois, **l'ouverture de la grande cavité pleurale est, chez le jeune enfant, un danger grave.**

Peut-être la résection costale est-elle par elle-même choquante. Bien des chirurgiens, Sorrel, Fèvre, Huc, le contestent et ont reséqué des côtes sans accident. Mais il s'est toujours agi de résections tardives. Ce qui importe surtout c'est **l'ouverture brusque de la plèvre,** le remplacement du pus évacué par un pneumothorax et **la déviation consécutive du médiastin** qui chez l'enfant est beaucoup moins fixé et rebelle au déplacement que chez l'adulte. C'est sans doute là la raison principale de l'abstention. Une résection totale tardive a en effet quelques chances de mener dans une cavité pleurale rigide et protégeant le médiastin.

Il semble donc qu'il faille suivre une seule ligne de conduite : Si possible pas d'intervention (Lelong); si intervention inévitable, intervention tardive (Marquézy); si intervention pratiquée, intervention à minima (Ribadeau-Dumas). Pas de résection costale et respect de l'équilibre médiastinal (Marquézy).

Certains auteurs, qui ont été moins sévères pour la pleurotomie, ont cependant corroboré partiellement les vues de leurs antagonistes. Levesque, qui consent à la pleurotomie à minima, repousse absolument la résection costale et recourt à l'aspiration continue, technique à laquelle Sorrel marque moins de confiance. Fèvre, qui ne se refuse pas systématiquement à la pleurotomie, prend lui aussi toutes les précautions pour sauvegarder l'équilibre intrathoracique : Thoracotomie à minima et drainage à la lame de caoutchouc.

Il insiste par ailleurs sur l'importance d'une des complications. Que la pleurésie à staphylocoques soit primitive ou secondaire, elle peut avoir ses complications propres : abcès périnéphrétique, abcès du cerveau, syndrome hémorragique, antrite dus à la septicémie concomitante. Mais il est aussi des complications locales : association à des lésions pulmonaires, abcès corticaux du poumon surtout qui, s'ouvrant dans la plèvre, occasionnent une vomique et un pyopneumothorax; complications pariétales aussi : indispensable, la ponction, même unique, peut infecter la paroi où se développe alors un abcès. Fèvre a insisté sur l'importance pratique de cette complication. Elle peut contraindre à opérer quand on voudrait s'abstenir; elle oblige aussi à élargir le foyer opératoire. C'est en effet à travers l'abcès qu'il faut aborder la collection pleurale, ce qui peut satisfaire imparfaitement aux nécessités du drainage complet et du délabrement minimum.

Le clinicien est donc obligé de recourir à la ponction pour le diagnostic; il devra recourir aussi à elle comme traitement, ce mode d'évacuation évitant le choc opératoire et post-opératoire. Mais, surtout lorsqu'il faut la répéter, ce qui n'est pas exceptionnel, cette méthode elle-même peut engendrer des complications et ramener par un détour à l'intervention qu'on voulait éviter.

Malgré ce risque, pourtant, **ce sont les ponctions répétées qu'il faut employer avant toute autre méthode et de préférence.** Lelong, Marquézy, Ribadeau-Dumas, Cathala s'accordent explicitement sur ce point. Les ponctions répétées, en mettant les choses au pis, permettent, si elles ne sont pas par elles-même curatrices, de différer la pleurotomie et d'en réduire l'importance.

On ne saurait non plus désormais négliger l'appoint de la sulfamidothérapie bien maniée qui obvie peut-être aussi, en quelque mesure, aux inconvénients des ponctions répétées et qui n'est sans doute pas non plus parvenue au terme de ses perfectionnements.

R. Levent.

CONGRÈS

JOURNÉES GYNÉCOLOGIQUES DE DAX

28-29 mai 1944 *(Suite et fin)* [1]

Kyste de l'ovaire récidivant. — M. Emile Wallon. — L'observation rapportée concerne une tumeur, en somme bénigne puisque son évolution s'étale sur quatorze ans avec conservation d'un bon état général, qu'elle ne présente pas de caractère métastatique ni destructif, mais la répétition de accidents est troublante et pose un problème thérapeutique intéressant.

Cette évolution est inhabituelle. Généralement, un kyste de l'ovaire végétant donne des greffes sur le péritoine ou sur les organes voisins. Ici la repulullation se fait toujours au même endroit malgré de nombreuses interventions chirurgicales, électriques et radiumthérapiques en apparence satisfaisantes.

L'auteur a recherché si cette évolution rebelle pouvait s'expliquer par la présence d'hormones, mais sans résultats démonstratifs. Pouvait-on éviter une telle évolution par un traitement préventif fait aussitôt après la première intervention ? Est-il possible actuellement d'enrayer une transformation maligne ?

Etant donné le caractère inquiétant de cette affection se développant chez une femme jeune, l'auteur l'a traitée comme une tumeur maligne dans l'espoir de sauvegarder l'avenir.

Dax-Salins en pédiatrie. — M. Ph. Cadenaule tient à signaler les résultats particulièrement heureux de la cure par les eaux salées et les eaux mères qu'il a pu constater. Depuis plus de vingt-deux ans, il a dirigé sur Dax de nombreux petits Bordelais lymphatiques, ganglionnaires, adénopathiques trachéo-bronchiques, adénoïdiens, enfants à croissance difficile, hypotoniques musculaires, rachitiques, insuffisants pluriglandulaires, déficients, fatigués, convalescents. Tous en ont retiré le plus grand profit. Les avantages des eaux chlorurées sodiques sont ici renforcés par ceux de l'eau minérale naturellement chaude, dont est additionné le bain d'eau salée. Il faut ajouter que le climat de Dax, sédatif, tonique, reconstituant, doux et tempéré, paraît particulièrement bien convenir, suivant leur état constitutionnel, à certains adénopathiques trachéo-bronchiques, qu'un climat plus mou ou plus vif risque de fatiguer. Cette notion du climat doit à son avis constituer une indication importante dans le choix de la station thermale où doit être dirigé l'enfant. Enfin, il pense que les eaux de Dax ont, par leur thermalité, une action spécialement stimulante sur le système neuro-végétatif et, par son intermédiaire, sur les glandes endocrines, et qu'ainsi s'expliquent les résultats extrêmement rapides et remarquables obtenus chez les sujets présentant des troubles de la croissance ou de l'insuffisance pluriglandulaire. Ces indications thermales de Dax sont beaucoup moins classiques et en général mal connues. Elles méritent de retenir l'attention des médecins et des pédiatres tout particulièrement.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 15, page 232.

Etude synthétique de la personnalité féminine. — M. le Professeur ndré Binet (Nancy). — Suivant la conception de l'auteur, la gynéco ogie, du point de vue pratique comme au point de vue éthymologique, st « la science de la femme » ou, si l'on préfère, la science de toutes les ıanifestations et toutes les tendances sexuelles féminines. Aussi le but u'elle doit pousuivre est de mettre la femme dans les meilleures condi ons pour l'accomplissement de sa mission biologique et sociale.

Le gynécologue aura donc à faire successivement l'étude de la morhologie, de la physiologie et de la pathologie génitale. Muni de ces enseignements fondamentaux, rien ne l'empêchera d'aborder certains roblème de la psychologie et, parfois, de psychiatrie, d'eugénie et de ıorale. Ceux-ci présentent pour l'après-guerre une importance primoriale. La maternité doit être protégée et encouragée. A la mère sera évolu, dans la cité future, le rang qu'elle mérite, c'est-à-dire le premier.

Infections annexielles de la gravido-puerpéralité. — M. Jacques Couroıs. — Le diagnostic des infections annexielles de la gravido-puerpéralité st souvent difficile, spécialement en ce qui concerne les formes latentes ui peuvent cependant comporter des dangers multiples.

Pendant la grossesse et le post-partum, une complication abdominale iguë entraîne la laparatomie médiane exploratrice.

On traitera alors les lésions et on adjoindra une sulfamidothérapie ɔcale et générale intensive.

Le plus souvent, on peut ouvrir et drainer dans le vagin les collecions des paramètres et du Douglas, surtout dans le post-abortum. A erme, en cas d'obstacle praevia, la césarienne précédera l'exploration t l'exérèse des lésions : quand une infection annexielle du post-partum ıe cède pas mais s'aggrave malgré le traitement, il faut intervenir. A lus forte raison lorsque éclate brusquement une péritonite aiguë généalisée.

Il en sera de même ultérieurement quand le traitement « diathermie, accination, sulfamides » échoue.

L'hormone mâle en gynécologie. — M. Guy Laroche. — L'être ıumain, au point de vue des hormones sexuelles, est bivalent, contenant à la fois de la folliculine et de la testotérone. Cela seul expliquerait les ıeureux résultats obtenus en gynécologie par l'administration de l'hornone mâle. Mais cette thérapeutique doit être adaptée aux différents cas elon les affections à traiter : troubles de la régulation, de l'ovulation, le la castration et de la ménopause, fibromes, etc. Elle réclame donc ıne connaissance précise des médications, des doses et des tempéraments.

En effet, certaines femmes jeunes ne supportent l'hormone mâle qu'à loses très faibles. Il semble qu'avec l'âge la tolérance augmente; à partir le quarante ans, la tolérance est en général parfaite.

Les inconvénients sont légers, mais doivent être connus pour qu'on ɔuisse arrêter la médication avant qu'ils ne s'accusent.

En ces dernières années, des greffes de testotérone ont été réalisées ıvec succès, la méthode est intéressante, mais encore trop récente pour que ses indications puissent être données avec précision.

La médication de certains troubles d'ordre gynécologique par l'hor none mâle réserve au médecin qui sait la prescrire des succès éclatants. Ce sont souvent des améliorations et parfois des guérisons d'états morɔides qui sans elle seraient difficilement corrigés. Elle constitue en théraɔeutique un progrès important.

Quelques indications sur les implantations hormonales. — M. L. Bernard. — Les inclusions sous-cutanées d'hormone trouvent principalement eurs indications dans tous les troubles d'hypofonctionnement gandulaire.

A) L'estradiol : dans l'hypo ou l'anovarie (aménorrhées hypo-hormoıales qui peuvent entraîner la stérilité, troubles de la castration et de a ménopause). Dans les aménorrhées hypohormonales chez les femmes jeunes, l'implantation d'estradiol entraîne le développement normal des seins atrophiés soit primitivement, soit secondairement. Les bouffées de chaleur et le vaginisme successifs à la castration et à la ménopause sont très améliorés. Nous avons expérimenté l'association de l'estradiol et d la progestérone prescrite dans la seconde partie du cycle. Les injections parentérales de progestérone ou l'administration par voie linguale provoque des cycles réguliers avec des règles normales. L'estradiol sans l'association de la progestérone provoque des cycles irréguliers avec des règles à type ménométrorragiques. La dose varie de 25 à 50 milligrammes suivant les sujets.

B) *La testostérone* agit comme antagoniste de la folliculine et particulièrement en tant que frein hypophysaire (ménométrorrhagies de la puberté et de ménopause). Dans l'otospongiose, elle paraît améliorer sensiblement les bourdonnements d'oreille, mais non la surdité. Dans l'impuissance masculine, les résultats sont décevants. Seule la testostérone libre est bien tolérée, l'acétate de testostérone s'élimine avec suppuration quinze jours après, et le propionate s'élimine, semble-t-il, sans suppuration. L'hormone mâle exige des doses dix fois plus fortes que l'estradiol, de 400 à 1.200 milligrammes.

C) *La progestérone*, en tant qu'hormone intermittente, est peu utilisée en implantation en dehors de la grossesse. Mais dans les menaces d'avortement, elle inhibe les contractions utérines et est absolument indiquée. Il faut évidemment tenir compte des causes de spécificité. Les doses sont de 50 à 100 milligrammes.

D) Il est aujourd'hui classique d'ordonner l'implantation *d'acétate de désoxycorticotérone* chez les addisonniens. Mais il est nécessaire de stabiliser auparavant la malade par injections parentérales afin de fixer une dose convenable et de ne pas provoquer l'effet inverse : œdème et hypertension.

Ces implantations peuvent être faites avec le trocart de Huet pour les doses minimes (estradiol - progestérone - désoxycorticotérone). La testostérone, qui est employée sous la forme de comprimés de 100 milligrammes, est implantée à l'aide du bistouri. Les comprimés nombreux doivent être séparés afin d'offrir une plus grande surface de résorbtion.

Syphilis et cancer du col de l'utérus. — M. G. Bernadet (Dax). — La syphilis se rencontre avec une telle fréquence chez les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus qu'il faut la considérer comme une des causes principales de l'éclosion de ces néoplasmes : la plupart des cancers cervicaux sont développés sur ces lésions.

Comme au niveau de la langue, on peut admettre que l'influence de la syphilis s'exerce de deux façons et que l'épithélioma se constitue :

a) Soit par l'intermédiaire d'une leucoplasie ;

b) Soit par l'intermédiaire de lésions locales, cicatricielles, ulcéreuses, gommeuses, scléreuses.

La meilleure prophylaxie du cancer cervical sera donc réalisée en :

a) Traitant régulièrement toute femme syphilitique ;

b) Pratiquant soigneusement l'examen gynécologique de ces malades et traitant énergiquement la moindre manifestation spécifique utérine.

Ne jamais employer le BW pour faire le diagnostic *entre* le cancer et la syphilis dans une lésion douteuse du col, parce que la syphilis ainsi reconnue n'élimine nullement l'hypothèse d'un cancer : ce dernier, bien au contraire, le suppose le plus souvent à son origine.

Stérilité. — Insufflation tubaire. — Grossesse. — Rétroversion. — Dilatation sacciforme. — Césarienne. — Enfant vivant. — M. Le Lorier (Paris). — Mme B..., vingt-cinq ans, est venue me consulter, le 21 octobre 1942, pour stérilité. Elle est mariée depuis le 7 novembre 1939 et n'a jamais pris aucune mesure anticonceptionnelle.

Réglée à treize ans normalement, type 28-4 assez régulier. A eu, à seize ans, un abcès abdominal qui a été ouvert dans la région iliaque gauche et attribué à une sigmoïdite. L'utérus est en rétroversion du deuxième degré, mais paraît normalement mobile. Aucune autre anomalie apparente.

Le 13 janvier 1943, exécution d'un kymogramme tubaire qui est positif et montre de bonnes contractions tubaires.

Traitement folliculine, lutogyl, éphynal.

Deux mois après, grossesse.

Vers le troisième mois, troubles vésicaux, dysurie. L'utérus en rétroversion ne se réduit que partiellement et se développe en partie vers l'abdomen, en partie vers le cul-de-sac postérieur, réalisant typiquement la dilatation sacciforme.

Césarienne au début du travail, enfant vivant, libération d'adhérences utéro-pariétales. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 7 novembre 1944.

Rapport sur l'état de nos ressources en médicaments. — M. Fabre (au nom de la Commission du Rationnement pharmaceutique). — Malgré les efforts très grands faits par le Ministère de la Santé Publique depuis la Libération, le dénuement en médicaments, objets de pansement et petit appareillage médical persiste.

Il est à souhaiter que, dans la reprise industrielle, une priorité soit établie en faveur de l'industrie chimique et spécialement pharmaceutique, dans les transports aux matières premières exotiques en provenance de notre Empire.

Mention spéciale aussi pour l'industrie verrière dont certains produits sont indispensables au conditionnement et à la conservation correcte des produits biologiques.

Discussion. — M. Pierre Delbet insiste pour que la plus grande publicité soit donnée à ce rapport.

La prophylaxie de la diphtérie par l'anatoxine diphtérique; son essor et ses résultats dans le monde de 1939 à 1944. — M. Ramon. — L'essoir sans précédent pris dans le monde entier par la vaccination antidiphtérique anatoxique témoigne de la valeur de cette méthode française.

En tous pays les résultats obtenus sont concordants et montrent que la méthode peut assurer la prophylaxie individuelle et collective et réduire jusqu'à la supprimer la mortalité que cette maladie entraîne, en dépit de la sérothérapie, chez les non vaccinés.

Il convient donc que les pouvoirs publics tiennent la main à une application effective et correcte de la loi qui rend cette vaccination obligatoire.

Discussion. — M. Robert Debré s'associe aux paroles que vient de prononcer M. Ramon. Pour les médecins d'enfants et pour luimême en particulier, il est acquis que la vaccination antidiphtérique est un bienfait et une nécessité. Il faut que cette vaccination légalement obligatoire soit réellement et correctement pratiquée. A cette condition et à cette condition seulement on verra la morbidité et la mortalité diphtérique s'acheminer vers la disparition. Seule la vaccination étendue à tous les enfants permettra d'atteindre ce résultat et d'améliorer comme elles doivent l'être les statistiques du temps présent.

Effets sur les enfants des restrictions imposées par l'occupation allemande. — MM. Lesné et Ribadeau-Dumas (au nom de la Commission du Rationnement). — Les restrictions imposées durant quatre ans out causé des troubles de croissance et des phénomènes pathologiques importants : diminution de la taille et du poids moyens, surtout de 10 à 14 ans et chez les garçons. Nombreux cas d'anémie, de spasmophilie. Inattention, bégaiement, instabilité psychomotrice, tics, céphalée, incontinence d'urines, anorexie. Déficit phosphocalcique. Entérocolites par alimentation défectueuse. Fréquence des accidents a frigore. Efflorescence de tuberculoses graves pulmonaires et méningées.


RHINAMIDE


TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
COMPRIMÉS à 0.50
TUBE de 20
GRANULÉS à 25%
FLACON de 90 gr

La mortalité infantile en 1940 a atteint 40 %; la dénatalité s'est élevée à 55.300 enfants.

Ce tribut aurait été plus lourd encore sans le dévouement des parents et le secours des œuvres sociales et de divers corps constitués unis contre le fléau.

Enquête sur les malades soignés à l'Hôpital Necker (1940-1944). — MM. Binet et Conte. — Pour la plupart des malades on a observé amaigrissement (jusqu'à 30 kgs) surtout chez les sujets âgés, avec ses conséquences médicales et chirurgicales; les troubles endocriniens, l'anémie, l'hypoglycémie, l'hypoazotémie; la fréquence des affections cutanées, des ulcères digestifs, des tuberculoses graves. Également des œdèmes et des ostéoses de carence et des avitaminoses multiples (A et P en particulier). — *Discussion :* M. Le Noir.

La question du chauffage des hôpitaux. — M. Georges Duhamel s'associant aux préoccupations qu'ont montrées un certain nombre de membres du Corps Médical des Hôpitaux apporte à l'Académie les assurances qu'il a reçues du Comité de Répartition des Charbons. En dépit des difficultés qui ne sont pas encore toutes surmontées il a été possible de constituer pour les hôpitaux une réserve de 15 jours de combustible ou ces formations peuvent dès maintenant puiser pour leurs besoins réels. Il ne sera pas possible de constituer avant longtemps l'habituelle réserve d'un mois de consommation; il est donc inutile d'attendre pour consommer de l'avoir constituée. Par contre, la réserve de 15 jours pourra être maintenue quoiqu'il arrive et les établissements hospitaliers ne seront à aucun moment exposés à une cessation inopinée du chauffage faute d'avoir conservé intact le stock actuel.

Sur un syndrome myasthénique survenant chez les chiqueurs. — MM. Coulonjou, Salaun, Houllier et Nun. (Présentation par M. Lhermitte). — Epidémie locale, uniquement masculine, caractérisée par l'apparition en fin de journée d'un syndrome myasthéniforme à aggravation et extension progressive; aucune modification cytologique ni humorale. Tous les malades, anciens buveurs en sevrage forcé, chiquent un tabac cependant pur de toute substance étrangère.

La suppression de la chique donne une guérison complète et rapide.

Election. — M. Armand Delille est élu membre libre.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1944.

A propos de l'utilisation de l'ipéca dans le dépistage des causes des grandes sténoses pyloriques. — M. Sénèque.

La gastrectomie avec anastomose à la Péan. Etude de 36 cas. — MM. d'Allaines, Leroy et Dubost ont été très satisfaits de l'utilisation de cette technique à laquelle ils trouvent deux avantages : la totalité de l'opération se passe dans l'étage sus-mésocolique, un rétablissement plus physiologique de la continuité intestinale. L'opération est suivie systématiquement d'une aspiration duodénale continue. Les suites éloignées sont en règle extrêmement favorables; il n'y a jamais aucune stase gastrique; l'évacuation gastrique est rapide par ondes successives.

La gastrectomie avec anastomose à la Péan. 26 cas. — M. Mialaret confirme l'opinion de M. d'Allaines sur la qualité des résultats éloignés. Il insiste sur la nécessité de choisir les cas où cette technique peut être exécutée sans danger.

MM. Sénèque et Banzet se demandent si le Péan assure une anachlorhydrie complète de l'estomac.

Cent cinquante-deux cas de plaies viscérales. — MM. Bauman et Bourzon. — M. Moulonguet rapporte cet important travail de chirurgie de guerre. Pour lutter contre le shock perfusion de plasma ou de sang s'il y a hémorragie importante dans le ventre; l'intervention n'est jamais retardée plus d'une heure après l'arrivée du blessé. Mortalité globale 44 %.

INFORMATIONS

(Suite de la page 258)

Un cours supérieur, s'adressant plus particulièrement à de futures mamans ou à des jeunes filles déjà titulaires de diplômes d'infirmières ou d'assistantes, ou ayant une solide instruction générale et désirant apporter leur concours à des œuvres de l'enfance ; *c)* Des cours par correspondance réservés aux élèves habitant la province.

Toute élève qui aura subi avec succès l'examen de sortie (théorique et pratique) recevra soit un certificat d'auxiliaire, soit un diplôme spécialisé de puéricultrice.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'école, Comité national de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris.

Nécrologie

Ont été victimes de bombardements aériens dans l'accomplissement de leur devoir professionnel :

Le Dr Fouassier, de Trun (Orne).

— Le Dr Frinault, de Laigle (Orne).

— M. Lejars, interne à l'hôpital de Chartres.

— Le Dr Moënner, de La Loupe (Eure-et-Loir).

— Le Dr Jacques Bertier, interne des hôpitaux de Paris, tombé le 10 août 1944 à Villers-Tourbe.

Tombés au champ d'honneur :

— Le Dr Pierre Baneilles, à Villebaudon.

— Le Dr Philippe Bridot, de La Souterraine.

— Le Dr Boissel, des Vans.

— Le Dr Stéphane-Jacques Ganot, de Meslesur-Sarthe.

— Le professeur J. Roy, fusillé par les Allemands pour avoir donné des soins à des blessés de la Résistance.

— Le Dr Jules Sébilleau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes, médecin des hôpitaux.

— Le Dr Roland Stempowski, au Havre.

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le Corps Médical à la population du Département de la Seine

Pendant les quatre années d'occupation et durant les journées héroïques de la Libération, plus de mille médecins ont été fusillés, tués ou déportés.

Le Corps Médical leur rend un solennel hommage.

Durant cette période, les Allemands, qui n'avaient aucun souci de la santé des Français, ont supprimé la presque totalité des voitures nécessaires aux médecins, alors que collaborateurs et trafiquants du marché noir circulaient librement...

Les médecins ont cependant été à la hauteur de leur tâche et prouvé leur dévouement à la population.

Et pourtant, faute de moyens de transports rapides, de nombreux malades, vieillards et enfants ont payé de leur vie le retard apporté aux soins d'urgence qui leur étaient nécessaires.

Aujourd'hui, au seuil d'un hiver qui s'annonce particulièrement pénible, alors que la maladie risque de faire de nouveaux ravages parmi une population déjà affaiblie par de longues privations, le Corps Médical ne peut admettre qu'il ne soit pas immédiatement mis en mesure d'assurer la rapidité des soins à la population civile.

Or, le nombre dérisoire des permis de circuler mis à sa disposition ne lui permet pas de remplir son rôle.

Un médecin sur sept serait autorisé à utiliser sa voiture !

Des démarches pressantes faites dès la première heure et à plusieurs reprises n'ont apporté aucune amélioration à cette situation.

Le Corps Médical s'indigne à la pensée que des enfants, des infirmes, des vieillards mourront encore, faute de soins, par suite de la carence de certains services, alors que tant de voitures stationnent devant les bars, les dancings, aux portes des théâtres et que d'autres circulent sans aucune utilité sociale.

Avec la Libération, la population du département de la Seine pouvait espérer, dans une plus grande mesure, voir mettre un terme à ces difficultés.

Une solution urgente s'impose.

Le Conseil des Médecins de la Seine.

— Nous apprenons que l'appel du Conseil des médecins de la Seine a été entendu et que la préfecture vient d'accorder 1.000 autorisations supplémentaires, ce qui porte le nombre des permis de circuler à 1.800.

Le professeur Jean-Louis Faure
(1863-1944)

Depuis plus de quatre ans, il vivait très retiré, dans son château de Bellefond-Belcier, au milieu de ses vignobles de Saint-Emilion. Sa santé devenue chancelante le condamnait à un repos forcé. Mais il ne pouvait se résigner à l'inaction, aussi se délassait-il en entretenant avec ses amis une correspondance suivie. Dans ses lettres se montraient intactes la jeunesse de son esprit et la générosité de son cœur. Il pensait sans cesse à ceux des siens dont il avait été séparé par les événements; il n'oubliait aucun de ses amis et s'intéressait à tous, à leur santé, à leurs travaux, à leurs succès ou à leurs peines...

Le 26 octobre, après une aggravation de quelques heures, il s'éteignit. On devait le lendemain même fêter son 81e anniversaire!

Jean-Louis Faure était né dans la Gironde, à Sainte-Foy-la-Grande, le 27 octobre 1863. Il appartenait par sa mère à la grande famille des Reclus. Il était le propre neveu du professeur Paul Reclus. De cette ascendance, il tenait l'esprit critique et un grand sens des réalités, mais surtout le goût du travail probe et celui de la recherche scientifique. Dons précieux qui devaient faire de lui un des plus éminents gynécologues de son époque. Faure avait de plus un rare talent d'exposition et de description, il était servi par une voix chaude qui séduisait et qui retenait. Il écrivait avec une facilité remarquable, aussi ne faut-il pas s'étonner de sa brillante carrière. Elle fut justifiée en tous points.

C'est à Paris que Jean-Louis Faure fit ses études médicales. Reçu à l'internat en 1887, dans une promotion qui comprenait Ernest Dupré, Noguès, Mme Klumpke-Déjerine, Le Noir, Mauclaire, il devient l'élève de Verneuil, de Le Fort et de Le Dentu. Il franchit les étapes de l'adjuvat et du prosectorat et passe en 1892 une thèse de doctorat consacrée à l'appareil suspenseur du foie, à l'hépatoptose et à l'hépatopexie.

En 1895 il est reçu chirurgien des hôpitaux; en 1898 il arrive à l'agrégation de chirurgie en même temps que ses amis Legueu et Mauclaire. Pendant ses années de bureau central il fait divers remplacements. Il est notamment l'assistant de Paul Reclus à Laennec. Son talent d'opérateur est déjà connu. On va à Laennec entendre Paul Reclus et voir opérer Jean-Louis Faure.

Chef de service en 1904, il passe un an à Trousseau, un an à Ivry et un an à Tenon. En 1907 il prend le beau service de chirurgie de Cochin; il devait y rester plus de dix ans.

Pendant la guerre 1914-18 il rend des services immenses comme chirurgien consultant de la IVe armée.

En 1919, il succède dans la chaire de clinique gynécologique à Pozzi, qui vient de mourir tragiquement. Alors commence pour Jean-Louis Faure la période la plus importante de sa carrière. A son renom de chirurgien il ajoute celui de grand gynécologue. Sa réputation s'affirme et grandit. Les honneurs les plus mérités lui arrivent. Il est élu membre de l'Académie de Médecine en 1924. L'année suivante il devient président de la Société Nationale de Chirurgie. En 1927, il est président du Syndicat des Chirurgiens Français. Après avoir été secrétaire général de l'Association Française de Chirurgie, il devient président du Congrès Français de Chirurgie.

En 1934, l'Académie des Sciences lui ouvre ses portes et le nomme membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie. De nombreuses Académies ou Sociétés étrangères l'avaient également admis comme membre honoraire. Il était docteur *honoris causa* de plusieurs universités.

Enfin, il était commandeur de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Jean-Louis Faure est considérable. Il fut d'abord, nous l'avons dit, un très grand chirurgien auquel rien de la chirurgie générale n'était étranger. Mais c'est à la gynécologie, surtout, qu'il a consacré ses plus beaux travaux, et c'est à la gynécologie qu'il doit sa réputation universelle.

Son enseignement à l'hôpital Broca eut une énorme influence sur l'évolution de la technique gynécologique, en particulier sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale par décollement antérieur, qui lui appartient, comme sur celle du traitement chirurgical du cancer d l'utérus.

Il faut avoir assisté à ses leçons merveilleusement claires, à se interventions où rien n'était laissé au hasard, où il se montrait u opérateur audacieux, précis et élégant pour comprendre le prestige don jouissait le Maître de Broca. Les chirurgiens français et étrangers s pressaient dans son amphithéâtre, auditeurs attentifs et émerveillés. L clinique de Broca, où Faure avait réuni tous les perfectionnement techniques connus, où il avait su créer un cadre d'une rare perfection était devenue un centre d'attraction mondiale pour le plus grand renor de la chirurgie française.

On ne peut parler du chirurgien sans parler aussi de ses élèves. Il furent nombreux et demeurèrent très attachés à leur ancien patron Quelques-uns lui donnèrent la preuve d'un dévouement admirable N'est-ce pas à Suzanne Lévy que nous devons d'avoir pu conserver Faur pendant quelques années?

L'œuvre écrite de J. L. Faure est très étendue. Un grand nombre d ses travaux sont épars dans les C. R. des sociétés savantes et dan différentes revues; mais ils ont surtout été publiés dans la *Press Médicale*, dont Faure était l'un des directeurs. On sait qu'il apporta s collaboration à plusieurs grands traités : le Traité de Chirurgie d Duplay-Reclus; le Traité de Le Dentu-Delbet; la collection Ricard Rochard.

Parmi ses ouvrages essentiels, il faut citer surtout la *Chirurgie de annexes de l'utérus*; l'*Hystérectomie, indications et technique*; les *leçon de clinique et technique chirurgicales*. Avec Siredey, il publia le *Traité d gynécologie médico-chirurgicale*, œuvre capitale demeurée classique.

D'autres publications connurent un légitime retentissement : l'*Am du chirurgien* et *En marge de la chirurgie*. Son dernier livre, enfin *Savoir opérer*, est une œuvre qui restera.

On sait que J. L. Faure prononça à la Société nationale de Chirurgi de nombreux éloges. On s'écrasait littéralement à la société lorsqu Faure devait lire une de ces notices si instructives et si attachantes Certaines d'entre elles, comme celles de Peyrot, de Farabeuf, de Pozzi sont restés des modèles du genre. A l'Académie de médecine, on conserv également le souvenir de son éloge de Péan. Faure fut, en effet, un de premiers chirurgiens qui *osa* (il fut une époque où il fallait du courage rendre un hommage public à Péan, qui était méconnu par toute s génération.

Faure publia aussi dans des revues ou dans l'*Echo de Paris* d nombreux articles sur des sujets d'ordre diplomatique ou économique Il écrivit aussi la relation de ses nombreux voyages, car il fut, comm Achard, un grand ambassadeur de la science française et parcouru le monde entier.

Parmi ses récits de voyage, il en est un que nous avons tous lu; qu je relis moi-même bien souvent et non sans émotion. C'est le récit d la croisière que Faure fit en 1932 " Au Groenland avec Charcot ". Ce fu un des derniers voyages du *Pourquoi-Pas?*, avant le naufrage où trouvèrent la mort le commandant Charcot et tous ses compagnons

Ce petit livre est d'une lecture particulièrement attachante. J. L. Faur y déploie son talent habituel de narrateur. Il se surpasse même. Se descriptions sont plus imagées que jamais. Aux côtés de Charcot, il est imprégné de l'air pur du large... En parlant de son cher ami disparu, il montre sa sensibilité, son grand cœur et l'élévation de son âme.

L'illustre chirurgien, le marin sans reproche étaient dignes l'un de l'autre, comment ne pas les réunir dans un même regret.

C'est dans son service d'hôpital, certes, mais c'est aussi dans son foyer familial qu'on pouvait bien connaître J. L. Faure. Il était bienveillant avec les jeunes. Mme J. L. Faure les accueillait de son côté avec une infinie bonne grâce. Nous n'oublions pas les semaines passées ensemble à Saint-Raphaël, puis dans sa belle demeure médiévale du château de Mercuès..., ni les soirées intimes de la rue de Seine. Alors sa belle famille était au complet, puis les deuils les plus douloureux survinrent. Faure et Mme Faure les supportèrent avec stoïcisme. Ce sont tous ces souvenirs qui remontaient à notre mémoire lorsque nous sommes venus saluer une dernière fois le cercueil du Maître que nous pleurons aujourd'hui.

F. L. S.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du professeur R. Hazard

(Chaire de Pharmacologie et Matière médicale)

Au grand amphithéâtre de la Faculté, le professeur René Hazard a fait, le 9 novembre, sa leçon inaugurale. Assistance nombreuse comme aux meilleurs jours et choisie comme aux plus grands : M. le Recteur Roussy, seul "civil" au milieu des robes rouges de ses anciens collègues, M. le Doyen honoraire Tiffeneau, M. Damiens, Doyen de la Faculté de Pharmacie, étaient présents, entourés d'un très grand nombre de collègues. A défaut du regretté Paul Hazard, frère du nouveau professeur, l'Académie Française était elle-même présente grâce au Dr Georges Duhamel.

En quelques mots émus, le Doyen Baudoin évoque le souvenir des grands jours de la libération et la mémoire des nombreux médecins qui, sous l'oppression et au cours des combats qui y ont mis fin, ont noblement et au prix de leur vie reconquis la liberté de leur pays et de la science ; il présente le nouveau professeur.

M. Hazard, avec une émotion contenue, dit alors son remerciement à tous ceux qui, dès le début de sa carrière, l'ont aidé et conseillé dans sa formation, ses recherches et son enseignement. Il évoque les souvenirs de Lille où il commença pharmacie et licence ès sciences et sut s'attacher les professeurs Gérard et Lambling; les débuts ingrats à Paris à la Pharmacie Centrale de France, en attendant l'internat en Pharmacie en 1911. C'est à la Charité qu'il entre alors et trouve un laboratoire dont la simplicité ou le dénuement ne trouvait pas sans quelque accoutumance le chimiste de la pharmacie centrale. Il demeure à la Charité d'autant plus longtemps qu'est survenue entre temps la guerre de 1914-1918 et qu'il a dû faire, aux armées, un autre "stage" et non sans gloire. A son retour à Paris, il ajoute aux tâches quotidiennes des études de médecine que le doctorat couronne en 1925 et la préparation d'un doctorat ès sciences qui, la même année, est un fait accompli. Dans cette période aussi, il sait s'attacher des hommes semblables par le mérite — mais dissemblables par l'humeur — : Richaud, Sergent, Dastre, Gley. L'ascension continue, toujours plus rapide : Pharmacien des hôpitaux en 1925, Agrégation, 1926-1930. M. Hazard demeure fidèle au professeur Richaud qui, lors de sa disparition prématurée, sait laisser en bonnes mains l'étude de la pharmacologie en France. En 1930, M. Mercier quitte Paris pour Marseille et M. Hazard prend la direction des travaux pratiques de pharmacologie ; depuis 1923, il était assistant de la chaire de pharmacologie; en 1938, il devenait Professeur sans chaire.

Après le professeur Richaud et le Doyen Tiffeneau, M. Hazard est donc dès longtemps qualifié pour présenter à l'auditoire de sa leçon inaugurale la "défense et illustration" d'une science dans sa jeunesse et dans sa vigueur, mais dont la complexité et l'étendue sont encore trop capables de décourager l'étudiant et le jeune médecin insuffisamment formé.

Depuis la base-tropine jusqu'aux propriétés neuro-modificatrices de la spartéïne et aux actions ioniques, M. Hazard a témoigné par son œuvre de la fécondité de cette branche de la chimie appliquée à l'art de guérir ; les plus retentissantes et les plus récentes réussites de la chimiothérapie ne sont cependant encore que des promesses. M. Hazard s'attache à montrer par quel travail et quelle méthode il est possible à l'étudiant de s'assimiler les notions utiles et, le cas échéant, de se former aux techniques de l'expérimentation et à la critique de l'interprétation physiologique indispensables à la recherche à venir. R. L.

Leçon inaugurale du Professeur Pierre Joannon

(Chaire d'Hygiène et de Médecine préventive)

« ... Neuf citations pendant la guerre 1914-1918 et la médaille militaire, une double activité de médecin et de combattant sur les barricades de la libération en 1944 », c'est en publiant ce palmarès militaire et civique que le Doyen Baudouin présente à son auditoire inaugural le Professeur Pierre Joannon. Le nombreux auditoire des gradins qui, aujourd'hui, n'est pas venu pour entendre parler seulement d'hygiène, les nombreux invités de l'hémicycle et le corps professoral qui entoure le Recteur Roussy, saluent cet exorde comme il le mérite. Internat des Hôpitaux et clinicat mènent loin. Entre temps, rapelle le doyen, l'épidémiologie, la médecine préventive, la technique sanitaire, les répercussions sur l'hygiène des grands problèmes de l'économie nationale, l'urbanisme enfin ont eu leur part dans les travaux de Joannon.

Le nouveau Professeur parle à son tour. Avec un beau dédain du risque, il donne à son remerciement la forme la plus traditionnelle et littérairement la plus dangereuse : l'énumération. Le remerciement au Doyen, au corps professoral, puis l'éloge en ordre chronologique de tous ceux à qui l'attache un lien de filiation par le sang ou par l'esprit. Plan bien vieux mais que l'entrain et le cœur de l'orateur rajeunissent de page en page. L'orateur sait donner à ce défilé une allure étonnamment vivante : grâce au mot sincère, grâce à une formule imprévue et toujours heureuse, on voit très vite la sympathie bienveillante de l'auditoire se transformer en quelque chose de plus chaud, de plus gai et de plus vibrant.

De toute évidence l'auditoire est à l'affût : sans se lasser, il coupe la suite des portraits et des souvenirs de ses applaudissements brusques, impérieux et prolongés à la fois ; tandis que ceux des auditeurs qui sont directement mis en cause ont le regret de ne pouvoir que par leur abstention remercier pour le moment celui qui parle de l'équité malicieuse de ses éloges et de l'hommage qui leur parvient.

En de tels jours la pensée va vers les absents et M. le professeur Castaigne ne fut pas oublié, lui dont l'absence est pour les jeunes une perte que leurs aînés peuvent seuls mesurer. La pensée se porte aussi vers les disparus, depuis le bon Dr Arnoux, d'Aix-en-Provence, qui laissa un si bel exemple à la famille que le nouveau professeur honore aujourd'hui jusqu'au professeur Lereboullet, le dernier parti, sans oublier Teissier, Léon Bernard, Méry, Jeanselme, Sicard, qui, hygiénistes en titre ou par une extension judicieuse de leur spécialité première, ont fait progresser la science.

Les vivants ont continué la tâche et l'auditoire salue à leur tour les maîtres d'aujourd'hui : Robert Debré, Sorrel, Polonovski, à l'appel de l'orateur. Et aussi le professeur Tanon, qui transmettait ce jour-là le flambeau et à la modestie de qui son successeur sut faire, à la faveur d'un « artifice » oratoire, endurer la brûlure d'un hommage direct de reconnaissance et d'affectueuse admiration.

Tous ont contribué à édifier l'hygiène présente et à préparer son avenir.

Pour le nouveau professeur, cet avenir fait partie du présent et c'est à nous montrer des perspectives prochaines qu'il consacre la fin de sa leçon. Il insiste sur l'importance des progrès en matière d'étiologie et de pathogénie pour lutter contre les fléaux autrement qu'à l'aveuglette et en fatalistes. Il ne suffit plus d'être, selon son expression, des « peureux de bonne volonté ». Il faut aussi ne pas sous-estimer la « malfaisance du progrès » et connaître l' « épidémie des inventions » et la « catastrophe des chemins de fer » qui ont augmenté à la fois bien-être et périls; sans compter, plus près de nous, les exodes de population.

Les lois sociales sont, à notre époque, rendues nécessaires par la transformation sociale et la dépersonnalisation de l'homme. Mais pour qu'elles soient appropriées à leur but, les études des économistes, des éducateurs et des hygiénistes doivent converger et s'associer.

La médecine préventive, avec son cachet de médecine personnelle, garde sa valeur, mais l'hygiene générale de l'homme, de la maison, de la ville entière, l'hygiène spéciale des professions aussi, doivent s'associer à elle.

L'hygiène publique et l'hygiène sociale sont des méthodes et non pas des domaines.

Mais pour faire œuvre utile il est nécessaire de ne se départir jamais du libéralisme, de la pondération, de la juste appréciation aussi de la relativité de toutes choses dont s'est toujours heureusement inspirée l'action des maîtres.

Précaution indispensable dans les années d'active reconstruction qui vont s'ouvrir.

L'enseignement de l'hygiène doit donc être différemment entendu, selon qu'il s'agit seulement de préparer le médecin praticien ou de former un hygiéniste de profession. Pour ce dernier l'échange de vues plus nourri entre professeur et élèves, l'extension du monitorat, l'institution d'examens périodiques, l'enseignement d'une hygiène pratique, familiale et maternelle, sont les bases d'un enseignement dont l'importance n'est pas douteuse lorsque, comme aujourd'hui, il s'agit à la fois de réparer les ruines du passé et de préparer à la nation la grandeur dont elle est digne.

L'ovation enthousiaste faite au nouveau professeur par son auditoire, montre que la jeunesse ardente de 1944 est prête à suivre un maître qui n'hésite pas à payer de sa personne lorsqu'il s'agit de donner un grand exemple. — R. L.

Dépôt légal. — 1944. — 4e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe)

N° 18. — 1er DECEMBRE 1944 — 117e ANNEE — Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 146, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpital américain de Paris. — L'hôpital américain de Paris, à Neuilly-sur-Seine, est désormais confié aux autorités médicales militaires des Etats-Unis. Il cesse donc, momentanément, de fonctionner comme hôpital civil.

Pendant la guerre de 1914-18, il avait déjà été utilisé comme hôpital militaire américain.

Hôpitaux d'Orléans. — Le concours de l'internat annoncé dans notre dernier numéro n'aura pas lieu, tous les concours étant supprimés jusqu'à la fin de la guerre.

Faculté de Médecine de Paris

M. l'Inspecteur général des bibliothèques, administrateur de la bibliothèque de l'Université, et le bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris, font appel à tous les membres du corps médical qui pourraient contribuer à la constitution, à la bibliothèque de la Faculté, d'une collection, aussi complète que possible, des publications et périodiques médicaux (médecins français, etc.), publiés pendant la période d'occupation, dans la clandestinité, ainsi que de photos, articles, affiches, etc., pouvant illustrer l'action du corps de santé, de 1940 à 1944.

Concours du clinicat. — Ont été nommés chefs de clinique :

1° Médecine : MM. Albahary (Hôtel-Dieu) ; Bareau et Depierre (Broussais) ; Richet (Bichat) ; Le Sourd (Saint-Antoine) ; M. Coury et Mlle Teyssier (propédeutique, Broussais) ; MM. Duret et Lefebvre (tuberculose, Laennec) ; Hardel et Perrier (cardiologie, Broussais) ; Mlle Corre (maladies infectieuses, Claude-Bernard) ; MM. Combes-Hamelle (1re enfance, Trousseau) ; Le Bozec et Ristuelhueber (maladies nerveuses, Salpêtrière) ; Danel et Gougerot (maladies cutanées, Saint-Louis) ; Desclaux et Talairach (maladies mentales), Sainte-Anne) ;

2° Obstétrique : Mlle Mage et M. Molle (Tarnier) ;

3° Urologie : M. Compagnon (Cochin) ;

4° Chirurgie : MM. Desfosses et Leandri (Salpêtrière) ; Wolinetz (neuro-chirurgie, Pitié) ; Campagne (Saint-Antoine) ; Germain, Eudel et Gaudrille (Hôtel-Dieu) ; Aupinel, Debost, Leroy et Pointeau (chirurgie infantile, Enfants-Malades) ; Marzet, Ronsin et Fénelon (Cochin) ;

5° Ophtalmologie : MM. Blancart et Boudon (Hôtel-Dieu).

Institut d'hydrologie et de climatologie. — Le « Journal Officiel » du 2 décembre 1944 publie le décret du 29 novembre 1944, fixant l'échelle des traitements du personnel de l'Institut d'hydrologie.

Ecoles de Médecine

Clermont-Ferrand. — M. Vergne est institué professeur suppléant d'histoire naturelle (emploi vacant depuis sa création).

M. Jean Terrasse, professeur suppléant de pathologie et clinique médicale, est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Vaurs, transféré.

M. Bureau, professeur titulaire de médecine opératoire, est transféré, à dater du 1er novembre 1944, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Alary, décédé.

Santé publique

Cabinet du ministre. — Sont nommés attachés de cabinet : MM. le médecin commandant Zimmern, le médecin lieutenant Péquignot, le pharmacien capitaine Cézilly. Sont chargés de mission : M. le Dr Baissette, médecin inspecteur de la Santé et M. Bollak.

(J. O., 28 nov. 1944.)

Secrétariat général. — M. le Dr Cavaillon, chef du service de l'inspection générale, est détaché en qualité de secrétaire général du ministère de la Santé publique.

Inspection de la Santé. — Par arrêté du 18 novembre 1944, M. le Dr Bellec, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Savoie, a été affecté, en la même qualité, dans le département du Finistère.

Par arrêté du 6 novembre 1944, la démission de M. le Dr Gibelin, médecin inspecteur adjoint de la santé de Vendée, est acceptée à compter du 1er octobre 1944. (J. O., 2 déc. 1944.)

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — Chevalier. — Mme Chanut, en religion sœur Marguerite, infirmière aux hospices civils de Saint-Etienne : « A assuré pendant 46 ans, avec une exceptionnelle activité et un dévouement inlassable, un des services les plus pénibles des hospices de Saint-Etienne... Dévouement au cours des bombardements, puis à l'égard des blessés F. F. I., facilitant l'évasion de l'un d'eux. »

Office de documentation médicale professionnelle et de remplacement du Conseil national des médecins, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris. — Le directeur de l'Office rappelle à ses confrères, ainsi qu'aux étudiants, qu'il est toujours à leur disposition pour les créations ou transmissions de postes médicaux, l'indication des situations médicales administratives à pourvoir, la cession et l'achat d'instruments et de livres médicaux, ainsi que pour tout remplacement de médecin.

Guerre

Service de santé. — M. le médecin général Jame, agrégé du Val-de-Grâce, directeur général du service de santé à Alger, a été nommé, à compter du 9 octobre 1944, inspecteur général technique du service de santé militaire.

Sont promus à titre temporaire au grade de médecin sous-lieutenant, les élèves de l'Ecole du service de santé militaire dont les noms suivent :

M. Clavel, reçu docteur en médecine.

M. Devors, reçu docteur en médecine.

Les médecins sous-lieutenants ci-dessus désignés sont promus, à titre temporaire, au grade de médecin lieutenant, pour prendre rang, sans rappel de solde, du 31 décembre 1943.

Citations à l'Ordre de l'Armée

Médecin lieutenant Toussaint (Paul), bataillon de choc.

Médecin sous-lieutenant Vedrenne (Henry, Pierre, Marie, Jean), N° groupe de tabors marocains.

Médecin lieutenant Gresse (Richard), N° bataillon médical.

Médecin auxiliaire Le Bail (Jean), groupe de commandos d'Afrique.

Colonies

Ecole africaine de médecine de Dakar. — Le médecin colonel Assali, du corps de santé colonial, a été nommé directeur de l'Ecole.

Education nationale

Le programme du P. C. B. — Le « Journal Officiel » du 5 décembre 1944 publie l'arrêté du 28 novembre, fixant le programme du certificat d'études P. C. B.

Affaires étrangères

Il est constitué une mission extraordinaire chargée d'apporter aux nations de l'Amérique latine le salut de la nation française libérée.

M. le professeur Pasteur Vallery-Radot, de l'Académie française, est nommé chef de la mission, avec rang d'ambassadeur.

Sont nommés membres de la mission : M. Albert Ledoux, ministre plénipotentiaire, Mme Pasteur Vallery-Radot, M. Jacques de Lacretelle, de l'Académie française ; M. Raymond Ronze, agrégé de l'Université ; M. Emmanuel de Sieyès, M. le capitaine Georges Gabard, compagnon de la Libération.

Prix Nobel. — La radio de Berne a annoncé que le prix Nobel de médecine de 1945 aurait été décerné à Sir Alexander Fleming (de Londres), à qui l'on doit la découverte de la pénicilline en 1929.

Le volontariat médical

Le 12 novembre s'est tenue à la Faculté de Médecine une réunion provoquée par le Comité médical de la Résistance et le Service de Santé de l'Armée. M. F. Billoux, ministre de la Santé publique, présidait la réunion. Après avoir fait connaître la décision du Gouvernement de suspendre tous les concours pendant la durée de la guerre, le ministre donna la parole au médecin lieutenant-colonel Debenedetti, directeur général du service de santé de l'armée, au professeur Debré, au médecin lieutenant-colonel Merle d'Aubigné, au professeur Pasteur Vallery-Radot, qui tous firent appel pressant aux médecins et aux étudiants volontaires pour venir former les cadres médicaux de la nouvelle armée française, dont les besoins sont impérieux tant aux armées qu'à l'intérieur.

Voici, d'après le « Médecin Français », les modalités d'incorporation :

Trois catégories de volontaires sont à distinguer :

1° Membres des F. F. I., n'ayant pas été mobilisés encore.

Ils doivent s'adresser à la direction régionale du service de santé, 29, avenue de Friedland, où ils demanderont un des officiers F. F. I. ;

2° Volontaires officiers ou médecins auxiliaires appartenant ou non aux F. F. I., doivent aller à la même adresse où ils signent une demande de rappel à l'activité ;

3° Volontaires n'ayant jamais servi dans l'armée, ni les F. F. I. Ils doivent s'engager à la 22e section d'infirmiers. Après un court stage, ils seront promus à un grade correspondant à leurs titres universitaires et recevront une affectation rapide.

Les grades auxquels peuvent prétendre les volontaires sont les suivants :

8 à 16 inscriptions : médecin auxiliaire.
16 à 24 inscriptions : médecin sous-lieutenant.
Docteur en médecine et interne des hôpitaux : médecin lieutenant.

Fédération nationale des médecins du front

Les comités des associations de la Fédération ont adressé le 29 septembre 1944, au général de Gaulle, la motion suivante :

« Réuni pour la première fois, après quatre « années d'oppression, le comité provisoire de « la Fédération nationale des médecins du « front, porte-parole des 3.500 médecins de la « guerre 1914-1918 et de la guerre 1939, groupés « dans ses associations, prie le général de « Gaulle d'accepter l'hommage de sa gratitude « et l'assurance de son dévouement.

« Il manifeste au général de Gaulle sa grati- « tude pour avoir, par son génie prophétique, « par sa foi nationale, par la continuité de ses « efforts, rendu à la France et son drapeau et « sa liberté.

« Il exprime son dévouement au général de « Gaulle qui veut une France forte, respectée « et renouvelée, dans la légalité, par l'ordre, « par la justice et par le travail. »

Le 11 novembre, les membres des comités ont déposé une gerbe devant le monument aux morts de la Faculté de Médecine. Au cours de cette cérémonie, le président, le Dr de Parrel, a, dans une émouvante allocution, exalté la mémoire de ceux qui sont tombés pour la défense de la patrie.

Le 15 novembre, à 18 h. 30, une délégation de la Fédération a eu le grand honneur de raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe. Le geste symbolique a été exécuté par le Dr Vizioz, dont l'un des fils vient récemment de tomber au champ d'honneur en Italie.

Au cours de telles manifestations se sont plus resserrés, entre les médecins du front, les liens de camaraderie qui leur permettront toujours mieux de concourir à la grande œuvre de la restauration de notre pays, en conservant pieusement le souvenir et l'exemple de ceux qui ont sacrifié leur vie pour lui.

Le Professeur Lereboullet
(1874-1944)

Après quelques semaines de maladie, le professeur Lereboullet vient de s'éteindre à Paris, à l'âge de 70 ans.

C'est un très grand pédiatre qui disparaît, mais c'est aussi un savant dont les travaux de médecine générale sont connus et estimés de tous.

Pierre Lereboullet était né en 1874. Il était le fils du Dr Léon Lereboullet, qui fut agrégé du Val-de-Grâce, puis professeur à la Faculté de Médecine de Lille, avant de venir à Paris où il collabora avec Dechambre et Mathias Duval, et devint président de l'A. G. Du côté paternel, Pierre Lereboullet descendait d'une longue ligne de médecins alsaciens. Du côté maternel, il était le petit-fils du professeur Egger, l'illustre helléniste. Après avoir fait de fortes études au lycée Louis-le-Grand, si mes souvenirs sont exacts, Pierre Lereboullet commença ses études de médecine à Paris et les poursuivit dans des conditions extraordinairement brillantes.

Premier à l'externat, en 1895, premier à l'internat, en 1897, il devient l'élève de Tillaux, de M. Barth, de Brissaud et de Gilbert. Médaille d'or en 1901, il passe un an chez le professeur Hutinel, aux Enfants-Assistés. Médecin des hôpitaux en 1907, agrégé, il devient chef de service en 1919 et passe huit ans aux Enfants-Malades. Enfin il succède à Marfan dans la chaire de clinique des maladies du premier âge, aux Enfants-Assistés.

En 1923, il était élu membre de l'Académie de Médecine, à laquelle avait déjà appartenu son père. Il était officier de la Légion d'honneur.

Les premiers travaux qui ont fait connaître Pierre Lereboullet sont ceux qu'il fit avec son maître Gilbert. Leurs deux noms ont été bien souvent associés. C'est à cette époque que Lereboullet fait paraître ses beaux travaux sur les cirrhoses biliaires, sur les affections biliaires, sur le diabète.

On lui doit encore d'importantes publications sur la diphtérie, à laquelle il consacra un ouvrage classique : « Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie ».

Ses travaux d'endocrinologie ne sont pas moins connus : recherches sur le thymus, sur la médication thymique dans le myxœdème infantile, sur le traitement thyroïdien, le diabète infantile, l'insulinothérapie, les syndromes hypophysaires, les préparations hypophysaires en thérapeutique.

Son dévouement pour ses petits malades qu'il aimait, les services qu'il rendit comme directeur de l'Ecole de puériculture de la ville de Paris, l'avaient fait surnommer « le patron de l'enfance ». Il méritait bien ce nom, car il était doux et bon avec les enfants et savait apprivoiser les plus craintifs.

Ce sont tous ces souvenirs que rappelaient ses élèves et ses amis, lorsqu'en 1943 ils lui remirent une médaille à l'occasion de son honorariat, et l'on n'oublia pas de dire que Lereboullet a joué également un rôle important dans la presse médicale. Il avait fait ses débuts, pendant son internat, aux côtés de son père, à la « Gazette hebdomadaire », le journal de Dechambre. Après la disparition de la « Gazette hebdomadaire », Pierre Lereboullet devint membre du comité de direction de « Paris Médical », aux côtés de son ami Paul Carnot. Là aussi sa perte est douloureusement ressentie.

Je suis de ceux qui ont éprouvé la fidélité et la sûreté de son amitié. Nos familles étaient liées depuis longtemps. J'ai suivi sa belle ascension, j'ai partagé ses joies et aussi ses peines, comme il a partagé les miennes.

De tout cœur je m'unis maintenant au chagrin de ses enfants et je prie son fils, le Dr Jean Lereboullet, médecin des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression de ma très affectueuse sympathie.

F. L. S.

Nécrologie

— Le médecin général inspecteur Sacquépée, ancien professeur au Val-de-Grâce, ancien directeur du laboratoire de bactériologie et de sérologie de l'armée, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'bonneur, décédé à Paris, le 8 décembre 1944, à l'âge de 70 ans.

— Le Professeur Cunéo, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à Paris, le 12 décembre 1944, à l'âge de 71 ans.

— Le Dr Paul Desfosses, ancien interne des hôpitaux de Paris (1893), secrétaire de la rédaction de la « Presse Médicale » depuis sa fondation.

— Le Dr Marcel Metzger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux.

— Le Dr Gibier-Rambaud, ancien directeur de l'Institut Pasteur de New-York.

— Le Dr Paul Jacquet, médecin de l'bôpital Saint-Antoine, décédé à l'âge de 58 ans.

— Le Dr Amédée Valleteau de Moulliac, officier de la Légion d'honneur, médecin en chef de réserve de la marine, médecin de l'hôpital Pasteur de Cherbourg, décédé à Cherbourg le 5 novembre à l'âge de 60 ans.

— Le Dr Pierre Haverland, à Marcq-en-Barœul.

— Le Dr Abel Bruyelle, à Paris.

— Le Dr Marcel Lévy-Bruhl, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

— Le Dr André Morel, mort pour la France le 28 août 1944, à l'âge de 38 ans.

— Georges, Raymond Morax, sergent-chef au 1er commando d'accompagnement, mort pour la France le 4 octobre 1944.

Il était le fils du regretté Victor Morax, membre de l'Académie de Médecine, le neveu du professeur Couvelaire et le petit-fils du professeur Pinard.

— Le Dr Henri Arnal, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin commandant F. F. I., mort en service commandé le 13 septembre 1944.

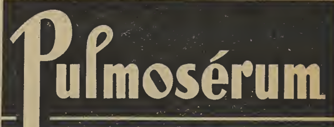
— Le Dr Jacques Braunberger, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, décédé le 26 novembre 1943 au camp de Mérignac, victime des sévices de la Gestapo.

Nous apprenons enfin la mort de M. André Bousquairol, étudiant en médecine, tombé en héros pour la France, au maquis de Saint-Lys, le 12 juin 1944.

Notre jeune confrère a été sauvagement mitraillé par les S. S., alors qu'il soignait des camarades blessés.

(Voir fin des informations p. 285.)




Pulmosérum

REVUE GENERALE

LES LIPODYSTROPHIES

par Lucien Cornil, Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille et Jean Vague, Médecin des hôpitaux.

Le développement excessif du pannicule adipeux constitue l'obésité ; son insuffisance, la maigreur. Cet excès ou cette insuffisance de développement peuvent frapper l'ensemble de la graisse sous-cutanée, hypertrophiée ou atrophiée d'une façon globale et régulière ; l'obésité ou la maigreur est dite alors généralisée. Ils peuvent se limiter à une partie seulement du tissu adipeux respectant les autres qui sont même susceptibles de se modifier en sens inverse. Ce sont ces *perturbations dans le développement du tissu graisseux, localisées à une partie du corps*, que nous désignerons du terme général de lipodystrophies habituellement réservé, à tort selon nous, à une variété particulière de ces syndrômes.

Une telle conception est justifiée par le fait que les lipodystrophies, malgré leurs formes anatomiques multiples et qu'il importe de bien connaître, constituent un groupe homogène ; chacune de leurs formes, en effet, est réunie à ses voisines par des types intermédiaires qui défient quelquefois la schématisation didactique ; leur association est fréquente ; enfin, bien qu'obscur, leur mécanisme paraît le même dans l'ensemble des cas. Nous en étudierons successivement les formes anatomiques et le diagnostic, l'étiologie et la pathogénie ; nous ne pourrons malheureusement recueillir sur leur traitement que des notions de peu d'intérêt.

Les premiers travaux remontent à Le Vaillant (1790), Thunberg (1796), Peron et Lesueur (1804), Blainville et Cuvier (1815), qui décrivent les stéatopygies. Viennent ensuite ceux de Verneuil et Potain (1854) qui isolent les pseudo-lipomes sus-claviculaires, de Fritsch (1872) qui complètent la description des stéatopygies ethniques, ceux de Weir Mitchell (1885) sur l'atrophie supérieure, de Madelung (1888) sur la lipomatose cervicale, de Koettenitz (1893) sur les lipomes symétriques, de Barraquer (1906) et Simons (1911) sur la lipodystrophie progressive, de Jouon (1908) sur la lipomatose abdominale, de Christiansen (1922) sur la lipomatose nodulaire multiple, de Loeper (1937) sur les formes aiguës de cette dernière pour ne citer que les principaux. A la lumière des travaux épars sur les différentes lipodystrophies, une revue d'ensemble peut aujourd'hui se concevoir.

I. — FORMES ANATOMIQUES DES LIPODYSTROPHIES

Elles peuvent affecter un ou plusieurs segments ou une des deux moitiés supérieure, inférieure ou latérales du corps.

1. Lipodystrophies segmentaires.

Extrêmement variées par le nombre des segments dont l'atteinte est possible, l'aspect et l'évolution des malformations anatomiques, elles se distinguent en obésités et en maigreurs.

A. — Obésités segmentaires.

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles réalisent des types anatomo-chimiques bien distincts qu'il importe de savoir reconnaître.

a — *L'aspect général* en est très varié. L'hypertrophie du tissu adipeux peut être *nodulaire* sous forme de tumeurs nettement limitées, voire entourées d'une véritable capsule, les lipomes, soit diffuses, en nappe aux bords indistincts, soit encore nodulo-diffuses. Des faisceaux fibreux perpendiculaires à la peau et à l'aponévrose peuvent y capitonner plus ou moins la graisse sans qu'il y ait pour cela de véritable réaction inflammatoire. L'adjonction de cellulite s'y révèle par des douleurs spontanées et provoquées par le pincement, et par la présence de nodules également douloureux.

b — La *localisation* des obésités segmentaires réalise une foule de types anatomiques.

La région de la tête et du cou est fréquemment le siège d'obésités locales.

a) Au niveau de la *face on peut* observer une infiltration générale du tissu cellulo-graisseux donnant l'*aspect* en *pleine lune* tel qu'il est réalisé dans les divers degrés d'hypothyroïdie et chez certains diabétiques, notamment des enfants traités par l'insuline (Rathery), ou une tuméfaction plus localisée, nodulo-diffuse qui atteint électivement les régions *parotidienne et préauriculaire* ; les joues sont en même temps plus ou moins fournies de graisse, le lobule de l'oreille est charnu.

b) Dans la *région cervicale et sous-mentale*, l'obésité peut également revêtir les deux types diffus et nodulaires. Le premier consiste dans une infiltration régulière, sillonnée seulement de plis circulaires et parallèles particulièrement nets en avant, mais pouvant faire aussi le tour du cou. A son complet développement, cette masse réalise l'aspect du double ou triple menton, du cou à étage ou à collier, du cou soufflé, du cou de pélican (Bocca) et, associé à l'adipose parotidienne, l'aspect de la tête en poire.

La forme lipomateuse représente un type voisin mais moins régulier. La symétrie est souvent moins parfaite, les diverses localisations peuvent être successives ; mais souvent l'ensemble est constitué d'une série de masses lipomateuses assez nettement séparées par des cloisons fibreuses. Les lipomes se localisent en arrière de chaque mastoïde où ils peuvent, en se développant jusqu'à la ligne médiane, réaliser un aspect natiforme, sous le menton, séparés alors par une cloison antéro-postérieure, latéralement en énormes bajoues, en arrière au niveau de la région cervicale inférieure ou de la proéminente.

c) *L'atteinte du membre supérieur* peut se faire à sa racine ou sur sa longueur.

Il existe trois localisations électives au niveau de la *racine : Les lipomes ou pseudo-lipomes sus-claviculaires*, décrits par Verneuil et Potain, bilatéraux, symétriques, comblant le tissu cellulo-graisseux du creux sus-claviculaire ; l'hypertrophie de la *masse graisseuse retrodeltoïdienne* réalisant le bras triangulaire, aspect particulièrement net dans l'ascension légère du bras, est habituellement diffuse. Le *creux axillaire*, enfin, peut être plus ou moins comblé par une masse lipomateuse, en général arrondie et souvent assez bien limitée, molle et flasque.

Sur les autres segments du membre supérieur, il n'existe guère de localisation élective, en dehors de l'adipose étendue à tout le membre au-dessus du poignet. L'avant-bras, sa face antérieure notamment, réalise la localisation élective de la lipomatose nodulaire mutiple.

d) Le thorax est, lui aussi, le siège de formes diffuses ou lipomateuses Les formes diffuses atteignent les régions mammaires, *stétomasties* de consistances diverses, distinctes de l'hypermastie glandulaire, et la *région sous-scapulaire* en gros bourrelet limité par deux plis profonds. Les *lipomes médians ou paramédians*, symétriques ou non, peuvent revêtir toutes les formes et toutes les tailles ; une localisation particulièrement fréquente est le *monolipome dorsal*, le plus souvent paramédian.

e) *L'adipose abdominale*, si fréquente dans l'obésité généralisée, peut être élective, voire même exclusive. Elective, en général diffuse, elle affecte le type masculin, compact et bombant en obusier ou le type féminoïde, flasque, en tablier limité en bas par un sillon profond à concavité supérieure.

Une forme d'obésité féminine plus élective et très répandue est l'*adipose sous-ombilicale pure*, formant un gros bourrelet entre le pubis et l'ombilic.

Les formes lipomateuses, exclusives ou non, se présentent en masses graisseuses de nombre et de dimensions très diverses dans l'épaisseur de la paroi qui peut être par ailleurs obèse, normale ou même amaigrie.

f) *L'obésité* de la *région pelvienne* présente un intérêt particulier. Les descriptions classiques et récentes des stéatopygies, souvent contradictoires, méritent d'être révisées. En effet, à la suite d'une terminologie équivoque, toute une question d'anthropomorphologie et de paléontologie a été obscurcie malgré sa simplicité réelle. Certains auteurs, Le Vaillant, Thunberg, Péron et Lesueur, Blainville, Cuvier, Fritsch, ayant observé la saillie postérieure des fesses dans quelques races africaines, il fut couramment admis que la stéatopygie, entendue dans ce sens restreint de saillie postérieure, était un caractère africain. Par la suite, des fouilles dans divers gisements du paléolithique européen ayant mis à jour une série de statuettes porteuses d'une obésité fessière étalée, et par conséquent d'une stéatopygie entendue dans un sens plus large, mais plus conforme à l'étymologie et à la logique, il fut induit (Piette, Boule, Pittard) que ces statuettes traduisaient un apport africain en Europe aux temps aurignaciens. Cette éventualité, du reste vraisemblable pour d'autres raisons, notamment la découverte dans les couches identiques des gisements voisins, de squelettes négroïdes fut vivement critiquée, la « stéatopygie » des statuettes paléolithiques et de certaines femmes européennes de nos jours, étant niée par Regnault (1924), Rover (1924), Michiels (1926), Pasmard (1938). Ces auteurs réservent, en effet, le terme de stéatopygie à la saillie exclusivement postérieure des fesses qui est un caractère exceptionnel à peu près réservé à quelques primitifs sud-africains.

En réalité, il n'y a aucune raison pour limiter les stéatopygies très fréquentes à ce type exceptionnel, et les innombrables discussions auxquelles a donné lieu ce sujet nous auraient été épargnées, si l'on s'était seulement mis d'accord sur une évidence. Les stéatopygies sont, par définition, les fesses trop grasses. Elles doivent donc comprendre tous les cas où les dimensions établies par les mesures sur des individus jugés normaux, par l'esthétique courante, dimensions que nous avons établies par ailleurs (1) sont franchement dépassées, avec la seule réserve que cette augmentation ne soit pas due au seul facteur squelettique ou exceptionnellement musculaire, ce qu'il est facile d'apprécier.

Ainsi normalement comprises, les stéatopygies sont extrêmement répandues en Europe comme en Afrique. Elles se présentent soit isolées, soit associées à d'autres malformations.

1° Stéatopygies isolées. — La fesse comprend deux masses graisseuses plus ou moins indépendantes, la masse inféro-interne, sur le bord interne et la face postérieure du grand fessier, et la masse supéro-externe ou iliaque-externe qui recouvre le moyen et le petit fessier.

Le développement électif de la masse inféro-interne peut s'effectuer dans les trois dimensions.

Dans le développement antéro-postérieur ou *stéatopygie postérieure*, la fesse forme une saillie postérieure plus ou moins considérable. Dans ce type lui-même, peuvent être distinguées deux variétés, la fesse hémisphérique et la fesse encore plus fortement saillante en poire, en pain de sucre. Dans les deux cas, si la saillie est importante et s'il s'associe, fait fréquent, un certain degré de lordose lombaire et d'inclinaison du bassin, la face supérieure peut être horizontale au point que, chez les femmes boschimanes, les enfants peuvent s'y tenir assis.

Le développement latéral et supérieur de la masse inféro-interne ou *stéatopygie étalée*, très répandue dans les races méditerranéennes, réalise une masse fessière haute et large qui ballotte fortement à chaque pas.

Le développement dans les *trois dimensions* est habituel, mais géné-

(1) L. Cornil et J. Vague : Les Stéatopygies : *Biologie médicale*, 1944.
J. Vague et M. Gelband : Remarques sur les Stéatopygies et leurs aspects morphologiques. *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 22 avril 1944.
J. Vague et M. Gelband : Stéatopygies et Lipodystrophie inférieure : *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 22 avril 1944.

ralement inégal, la saillie postérieure étant presque toujours moins prononcée que l'étalement.

Le développement électif, qui se fait habituellement dans les trois dimensions, de la *massse iliaque externe*, réalise la *stéatocoxie* fréquente dans ses formes mineures, mais dont les formes exclusives sont assez rares. Cette masse, par son développement supérieur habituel, se confond en haut avec le bourrelet graisseux du flanc.

2° Les stéatopygies sont très fréquemment *associées* à d'autres adiposes de la *région pelvienne*, qui peuvent d'ailleurs elles-mêmes se présenter isolément. Ce sont la *stéatotrochantérie*, la plus fréquente, ou développement de la masse graisseuse sous-trochantérienne ; le *triangle adipeux sacré; l'obésité inférieure;* le *développement des autres masses graisseuses féminines; l'obésité généralisée.*

b — Les divers segments du *membre inférieur* sont fréquemment le siège d'obésité élective ou exclusive. Elles y sont le plus souvent diffuses ou nodulo-diffuses. Nous citerons, en dehors de la lipomatose sous-trochantérienne déjà vue, la *stéatomérie vraie*, ou épaississement du tissu graisseux de la cuisse, notamment de sa face antéro-interne ; la *lipomatose interne du genou*, élective et fréquente ; la *lipomatose, péri et rétro-malléolaire*, variété très particulière, propre aux races méditerranéennes, qu'il ne faut pas confondre avec les placards d'adipocyanose (Sézary) ou même d'adipose simple (Sainton), localisés électivement au-dessus et en avant de la malléole externe chez les jeunes filles à puberté tardive et difficile.

Les formes nodulaires franches se voient plus couramment à la cuisse que sur les autres segments du membre inférieur.

c) — *La répartition habituelle* de ces dystrophies locales dissociées par l'analyse didactique, réalise d'innombrables combinaisons depuis les formes pures relativement rares, jusqu'à toutes les associations que l'on peut imaginer. Cependant, si certains cas sont exceptionnels, la clinique offre plus volontiers divers groupements symptomatiques qu'il importe d'isoler.

C'est ainsi que chacune de ces localisations peut être *unique ou multiple, symétrique ou non, associée ou non à une obésité ou à une maigreur.*

Les groupements topographiques principaux peuvent être résumés ainsi :

a) Le *monolipome* et les *oligolipomes* pouvant siéger n'importe où sur les téguments; on pourrait en rapprocher les lipomes profonds viscéraux ou para-nerveux, quelquefois associés à des lipomes sous-cutanés.

b) La lipomatose symétrique : caractérisée par la présence plus ou moins abondante de masses lipomateuses, développées d'une façon symétrique sur les deux moitiés latérales du corps, à des niveaux variables, elle comprend depuis Blindmann (1914) quatre types principaux : *La lipomatose symétrique diffuse ou nodulo-diffuse à localisation ou prédominance cervicale, ou syndrome* de Launois-Bensaude. Entrevue par Brodie (1846) Hugier (1855), elle est isolée par Madelung (1880) sous le nom de « cou adipeux » et parfaitement décrite en 1898 par Launois et Bensaude sous le nom d'Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale, ces auteurs pensant que le point de départ de la lipomatose était une adénique chronique. Les travaux de Mme Astaourouff (1894), Poncet et Roussel (1906), Blindmann (1914), Bérard et Derville)1924), P. Chevallier 1934), Paviot, Pauchut, Dauvergne et El Gebali (1937). Bérard et Mises (1935), Michon (1936) se sont consacrés davantage à ses lésions et à sa pathogénie qu'à ses symptômes déjà connus. A peu près réservée au sexe masculin, elle débute le plus souvent par le cou et la face où elle se localise électivement, mais peut s'étendre aux régions deltoïdienne, axillaire, sus-caviculaire, mammaire, dorsale, lombo-sacrée abdominale et inguinale. En dehors de la partie supérieure des bras et des cuisses, les membres sont toujours respectés. Plus rarement, la maladie débute par ses localisations atypiques.

Les principales régions atteintes par les formations lipomateuses nodulo-diffuses restent presque toujours le cou, les régions axillaires et inguinales, les territoires ganglionnaires par conséquent; les masses lipomateuses sont plus dures au niveau du cou que dans les autres territoires, où elles ont les caractères habituels des lipomes.

Le début se fait généralement à l'âge adulte, l'évolution est très lente, les douleurs rares, les autres complications à titre de compression locale, exceptionnelles.

La *lipomatose symétrique à prédominance abdominale* isolée par Jouon en 1908, se présente sous la forme de masses lipomateuses plus ou moins voluminenses, parfois conglomérées, siégeant de chaque côté de la ligne médiane, sur l'abdomen et accessoirement sur le thorax ; il faut la distinguer de l'obésité abdominale courante à laquelle elle ne ressemble d'ailleurs que d'assez loin ; cette forme est rare.

La *lipomatose symétrique diffuse sans prédominance au cou ni dans les régions ganglionnaires* se localise électivement sur le tronc et la racine des membres, en dehors des territoires ganglionnaires proprement dits.

La *lipomatose symétrique* multiple (lipomes diffus multiples et symétriques de Bucquoy et Rendu (1891), lipomes symétriques de Kottenitz (1893), lipomatose discrète de Roch et Mozer (1911), a été parfaitement décrite par H. Paillard (1925) et tout récemment par M. L. Paillard (1940) sous le nom de *lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres.* Les lipomes, nodulaires ou nodulo-diffus, du volume d'un pois à une orange, du nombre de 3 ou 4 à plus de 100, sont compris dans le tiers moyen du corps et, comme le note A. Léri, entre deux lignes horizontales passant sur le sujet debout, par les plis du coude et le tiers inférieur des cuisses. Les lipomes poussent sur les avant-bras, la partie inférieure du thorax, la région lombaire, l'abdomen et la partie supérieure des cuisses, plus nombreux en avant que sur la face postérieure. Paillard en distingue 4 variétés, dans lesquelles les lipomes prédominent sur les *avant-bras*, l'*abdomen*, la *région sacro-iliaque*, les *cuisses*. La symétrie est grossière, l'ordre d'apparition variable. Le début se fait généralement entre 20 et 40 ans; l'évolution est très lente, les lipomes ont plus de tendance à se multiplier qu'à grossir (Roch et Mozer). Certains peuvent regresser. Loeper et Gerofsky (1937) ont décrit une forme aiguë se constituant en quelques semaines avec troubles vaso-moteurs. L'affection, bien que rare, n'est pas exceptionnelle.

c) *L'obésité pelvienne* est fréquemment élective sous l'aspect que nous avons détaillé des stéatopygies isolées ou associées à la stéatotrochantérie ou à la stéatomérie. Elles forment ainsi un groupe clinique à part, très répandu, sur lequel nous ne reviendrons pas.

d) *L'obésité rhizomélique* pure, assez fréquente, associe à un certain degré de stéatopygie et de stéatotrochantérie une exagération des masses retro-deltoïdiennes et quelquefois sous-claviculaires et cervico-dorsales.

e) *L'obésité malléolaire* est une forme particulièrement caractéristique de certaines races méditerranéennes; elle consiste chez les femmes, exceptionnellement des hommes d'embonpoint très variable, en un comblement graisseux diffus, ou plus rarement nodulo-diffus, des gouttières retro-malléolaires, réalisant la jambe en poteau.

f) *L'obésité prédominant sur les localisations féminines* cervico-dorsale, retro-deltoïdiennes, mammaires, sous-scapulaires, pelviennes, sous-ombilicale, la face antérieure des cuisses, la face interne des genoux et accessoirement, dans certaines races méditerranéennes, au niveau des gouttières rétro-malléolaires, est un type trop connu pour que nous le décrivions davantage. L'aspect des extrémités permet d'en distinguer deux variétés, à peu près également répandues, l'une où les avant-bras et les jambes sont respectés, l'autre, où le pannicule adipeux hypertrophié de l'avant-bras et de la jambe est séparé de la main et du pied par un bourrelet et un sillon. Le type de l'obésité généralisée, où les extrémités elles-mêmes sont gonflées et boudinées, est plus rare que cette variété de lipodystrophie.

Le syndrome de Babinski-Froelich de l'insuffisance génitale mâle se rapproche plus ou moins de ce type qu'il ne réalise jamais complètement.

g) *L'obésité prédominant sur les localisation masculines*, la nuque, la région sous-mentale, le cou, la région pectorale haute, le ventre en obusier, accompagnée volontiers d'érythrose cutanée, d'hypertension artérielle, atteint un degré maximum dans le syndrome de Cushing d'origine basopituitaire ou cortico-surrénale, exceptionnel ; mais ses formes mineures sont extrêmement fréquentes chez l'homme et chez la femme aux caractères androïdes plus ou moins francs.

B. — Maigreurs segmentaires.

Elles sont beaucoup plus rares que les obésités. Une des mieux connues est l'*hémiatrophie faciale progressive* ou maladie de Romberg, dans laquelle l'atrophie cutanée et sous-cutanée se double d'une atrophie musculaire et osseuse; l'extension possible de cette hémiatrophie à toute unc moitié du corps, homolatérale (La Salle) ou opposée (Luntz, Ratner, Léri), l'association à un syndrome de Barraquer-Simons (Wolff et Ehrenclose, Wartenberg, Léchelle, Thévenard et Joseph), l'apparente nettement aux lipodystrophies associées. L'affection qui débute dans l'adolescence est lentement progressive et ne met pas les jours en danger.

La *maigreur cervicale*, isolée ou élective, le cou de poulet, est un syndrome relativement fréquent qui peut s'associer à d'autres troubles de la répartition graisseuse, mais survenir aussi chez un sujet par ailleurs normal ; elle est constitutionnelle et habituellement non-évolutive.

Certaines *maigreurs thoraciques* ou *abdominales* prédominantes se voient spécialement chez les tuberculeux pulmonaires et dans certaines affections digestives.

La *maigreur pelvienne* ou *fessière* élective s'observe fréquemment chez les vieilles femmes ou chez l'homme obèse qui a commencé à maigrir ; elle ne se voit pas chez la femme adulte.

Au niveau des membres, la maigreur comme l'adipose peut s'associer à une *atrophie musculaire* d'origine nerveuse ou myopathique.

A l'opposé, l'*hypertrophie musculaire* par entraînement électif, membre inférieur chez les danseurs, coureurs, cyclistes, membres supérieurs chez les haltérophiles, boxeurs, escrimeurs, entraîne souvent une diminution locale du pannicule adipeux.

Enfin, parmi les maigreurs localisées, il convient de citer les *lipo-atrophies d'origine insulinique*, survenant quelquefois aux points d'injection après 3 ou 4 mois de traitement (Priesel et Wagner, Gellstedt, Rewe et Garrison, Nobécourt et Ducas, L. Cornil, Rathery et Sigwald) ; exceptionnellement elles peuvent s'accompagner d'hypertrophie graisseuse de voisinage (Dinckler) ou de lipo-atrophie à distance (Stransky, Blanco-Soler et Peinade).

La plupart de ces lipodystrophies segmentaires peuvent se présenter plus ou moins isolées ou associées à une lipodystrophie étendue à toute une moitié supérieure ou inférieure du corps, rentrant alors dans le groupe suivant :

2. — Lipodystrophie atteignant une moitié supérieure ou inférieure du corps. Paralipodystrophies.

Le préfixe « para », dévié de sa signification originelle, paraît mériter de leur être appliqué avec le même sens que dans « paraplégie » ; il a déjà été adopté par H. Meige (1922) dans le terme de « paratrophie » désignant toutes les disproportions entre les moitiés supérieure ou inférieure du corps.

Si Morgagni avait déjà ébauché la description de ces lipodystrophies, c'est Weir Mitchell qui en étudia assez complètement le premier cas en 1885 sous le titre de « absence du tissu adipeux dans la moitié supérieure du corps ». Les travaux de Barraquer (1907), Campbell (1907),

Pic et Gardère (1909), enfin ceux de Simons (1911), qui créa le terme de lipodystrophie progressive, multiplièrent les observations.

Les études de ces dernières années eurent surtout pour objet de compléter les descriptions premières, d'établir les parentés cliniques et la pathogénie. Citons celles de Laignel-Lavastine et Comby, Boissonnas, Tixier, Babonneix, Roger, Alliez, Paillas en France; de Feer en Suisse; P. Weber en Angleterre ; Ziegler aux Etats-Unis ; Christiansen au Danemark; Gertsmann, Nobel, Mosse, Meyer, Klein dans les pays de langue allemande ; Gelli et di Guglielmo en Italie. De cette foule de travaux sont résultées des conceptions diverses, non seulement sur la pathogénie mais sur les limites de la maladie. Nous avons déjà vu que le terme de lipodystrophie avait été réservé par certains auteurs à ce groupe d'affections, mais celui de lipodystrophie progressive créé par Simons peut encore être appliqué aux deux grandes formes de maigreur supérieure avec ou sans obésité inférieure et à l'obésité inférieure pure, comme comme le veut Gelli qui y englobe jusqu'aux hémiobésités.

Nous croyons qu'il y a plutôt intérêt à supprimer ce terme : l'évolution progressive n'est en effet que très relative et nullement spécifique, et le nom de lipodystrophie ne saurait en aucune manière s'appliquer à un seul groupe d'anomalies de la répartition graisseuse. D'autre part, dans l'ensemble de ces dernières, il y a lieu d'isoler un certain nombre de syndromes tous réunis par des formes intermédiaires, caractérisés par une *ditribution inégale du pannicule adipeux dans les deux segments supérieur et inférieur du corps*. Ce sont les *paralipodystrophies*. Le plus souvent, la limite horizontale entre les deux segments, de siège variable, est extrêmement nette. Ces syndromes frappent presque exclusivement le sexe féminin, débutent généralement au cours de la puberté, ils ont une évolution très lentement progressive et subissent souvent une poussée évolutive lors des différentes étapes de la vie génitale (grossesse, lactation, ménopause), mais il n'est pas rare que l'affection se constitue assez rapidement pour se fixer ensuite, démontrant l'impropriété de l'épithète progressive accolée au terme de lipodystrophie. Divers symptômes peuvent lui être associés : troubles génitaux primaires ou secondaires, troubles du caractère, asthénie ; ils sont inconstants. On peut, à ces lipodystrophies distinguer les variétés suivantes :

A. — Lipoatrophies supérieures. Ce sont les plus classiques; elles correspondent au syndrome de Barraquer et Simons tel qu'il est couramment admis, bien que ce dernier auteur ait élargi la limite du syndrome jusqu'aux lipohypertrophies inférieures sans modification de la moitié supérieure.

L'amaigrissement débute en un des points de la moitié supérieure du corps, le plus souvent la face, et s'accentue peu à peu; l'atteinte des autres segments se fait, soit simultanément, soit par la suite. C'est une fonte plus ou moins importante du tissu adipeux qui s'effectue, laissant bomber les muscles comme sur l'écorché. La disparition du tissu adipeux peut être totale, affectant à la face non seulement le pannicule adipeux superficiel, mais la boule de Bichat et la graisse orbitaire. Il en résulte un masque très spécial ; les yeux apparaissent faussement exorbités dans leur cavité osseuse trop vaste, les maxillaires supérieurs et les malaires font une saillie excessive, c'est l'aspect de tête de mort (Simons) absolument caractéristique. Les muscles eux-mêmes sont parfois atrophiés. Dans certains cas seulement, qui se rapprochent de l'atrophie faciale progressive, le squelette lui-même peut participer à l'atrophie. Au niveau du cou, du thorax, de la partie supérieure de l'abdomen, c'est la même fonte du tissu adipeux qui fait saillir les os et accessoirement les muscles; lorsque la paroi abdominale a été obèse, elle forme une sorte de tablier mince et flasque qui retombe sur le pubis.

La *moitié inférieure du corps*, au-dessous d'une limite horizontale de siège variable, mais toujours très nette, passant généralement par l'ombilic, séparant la localisation iliaque externe, de la localisation inféro-interne de la fesse, est *soit normale, soit obèse*. En pareil cas, la masse iliaque externe est en général respectée par l'adipose ; la fesse est hypertrophiée dans sa localisation inféro-interne, les masses sous-trochantériennes, peuvent être énormes les membres inférieurs étant en poteau. L'obésité inférieure se constitue avant ou après la lipoatrophie supérieure, le plus souvent en même temps.

L'amaigrissement supérieur peut se localiser électivement en certains points. Le type le plus fréquent est la maigreur prédominante à la face et au cou, l'épaisseur du tissu adipeux quoique réduite dans toute la moitié supérieure du corps étant plus forte sur le reste du tronc qu'au niveau du segment cervico-céphalique ; mais toutes les formes topographiques peuvent s'observer et l'on distingue à côté du type *céphalo-brachio-thoracique et abdominal supérieur* habituel, les variétés *céphalo-brachio-thoracique, céphalo-brachiale, céphalo-thoracique, céphalique brachiale*.

B. — On peut observer une Lipohypertrophie supérieure coïncidant avec une moitié inférieure atrophique ou normale ; ce sont des cas rarissimes.

C. — Lipodystrophies inférieures pures. A l'opposé des formes précédentes, l'embonpoint de la moitié supérieure est ici absolument normal, alors que la moitié inférieure est le siège d'une lipodystrophie, hypertrophique le plus souvent. Simons rangeait déjà ses observations dans la lipodystrophie progressive qui porte son nom. De telles formes, même dans leurs aspects majeurs, ne sont pas exceptionnelles ; mais les formes mineures sont légion, particulièrement dans le bassin méditerranéen où elles constituent un type morphologique que Pende a isolé sous le nom de type maternel. Lorsqu'elle n'est pas contituée plus tôt, cette *obésité inférieure* apparaît souvent à la ménopause dont elle représente une des variétés morphologiques para-normales très répandues notamment sur les bords de la Méditerranée.

L'amaigrissement isolé de la moitié inférieure du corps, la moitié supérieure restant normale, est par contre exceptionnel.

Christiansen (1922) décrit dans le groupe des lipodystrophies, un cas de fonte totale et progressive du tissu adipeux chez un homme ; ce syndrome paraît en fait sortir du cadre que nous avions admis de la répartition inégale du tissu adipeux dans les deux moitiés supérieure et inférieure du corps.

3. — Lipodystrophies affectant une moitié latérale du corps hémilipodystrophies.

L'isolement de ce groupe se justifie par la logique d'une classification topographique, et par l'existence quoique très rare d'observations cliniques qui s'y adaptent parfaitement.

On peut observer des *hémi-maigreurs* et des *hémi-obésités*. Pures, elles sont exceptionnelles. Associées à une atteinte musculaire d'origine pyramidale, polyomyélitique radiculaire ou sympathique, elles sont plus fréquentes et surviennent notamment à la suite de névraxites d'origines diverses, encéphalites infantiles surtout. Des hémi-atrophies d'origine « sympathique » peuvent se voir en dehors de toute encéphalopathie hémiplégique, dans lesquelles se généralise à une moitié du corps le processus d'atrophie de tous les plans, depuis la peau jusqu'au squelette, qu'on observe dans l'hémi-atrophie faciale.

Enfin dans les lésions nerveuses, centrales ou périphériques, n'atteignant qu'un seul membre, une obésité ou une maigreur locale peut s'associer à l'atrophie musculaire; les lésions pyramidales et les lésions périphériques s'accompagnent plus fréquemment d'obésités locales, la maigreur s'observant plutôt dans les lésions de l'axe gris.

II. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des lipodystrophies exige seulement leur connaissance aidée par une bonne observation clinique. Cell-ci permet de délimiter et de ranger dans un cadre déterminé l'inégale répartition du tissu adipeux. Elle doit encore préciser l'état des téguments et des muscles dans l'obésité comme dans la maigreur, ainsi que les divers symptômes associés.

Nous avons vu que la *peau* et le *tissu musculaire* pouvaient participer à *l'atrophie* du tissu adipeux, ce que le pincement et le froissement d'une part, la palpation de l'autre permettent d'apprécier.

Dans l'obésité, l'inflammation chronique du tissu cellulaire détermine la *cellulite douloureuse* qui, à son tour, bien souvent, contribue à accroître l'obésité.

A un degré minime ou initial qui n'est pas encore de la cellulite proprement dite, la peau est capitonnée, les travées perpendiculaires à sa surface étant distendues par le développement de la graisse. Plus tard, des nodules cellulitiques apparaissent, englobent des filets nerveux et deviennent sensibles. Les obésités nodulaires, lorsqu'elles deviennent cellulitiques, sont peut-être encore plus douloureuseses que les autres, mais elles peuvent tarder à le devenir ou même ne le devenir jamais.

Au degré extrême est constitué dans certains cas *le syndrome de Dercum* ou *adipose rhizomélique douloureuse*.

Il s'agit en effet, non pas d'une forme topographique particulière d'obésité, mais de l'association de cellulite douloureuse à une obésité rhizomélique et abdominale. Il existe en effet des obésités affectant cette disposition sans cellulite ni douleurs et des adiposes douloureuses à localisations différentes, telles que certains cas du type Launois-Bensaude. Comme beaucoup d'obésités, le syndrome de Dercum comporte fréquemment des troubles psychiques qui ne suffisent pas non plus à lui conférer une réelle autonomie (1). Après diverses discussions, il semble que ce soit là la conception la plus logique du syndrome de Dercum qui corresponde à la fois aux descriptions initiales et à nos connaissances actuelles sur les formes topographiques et l'évolution des lipodystropies.

(1) H. Roger et J. Vague : Obésités et troubles psychiques : *Annales médicales psychologiques*, 1944.

Les symptômes associés aux lipodystrophies comportent essentiellement ceux qui traduisent l'altération anatomique ou fonctionnelle de la région infundibulo-tubérienne et des glandes endocrines : troubles des fonctione génitales, circulatoires, morphogéniques, métaboliques, hypniques, psychiques, végétatives. Ils sont rarement considérables, mais la présence au moins de quelques-uns d'entre eux est habituelle. Ils concourent à préciser l'étio-pathogénie de ces lipodystrophies. Leschke (1933), Lhermitte (1934), Roger Alliez et Paillas (1937) ont bien mis en évidence cette association dans le syndrome de Barraquer-Simons.

III. — ETIOLOGIE GENERALE

L'étiologie des lipodystrophies est obscure. Toutefois, s'il est rare de pouvoir la détailler avec certitude, il est au contraire fréquent de pouvoir repérer dans les antécédents des malades un cretain nombre de facteurs intéressants.

Du point de vue de la *fréquence de ces affections*, il y a lieu d'opposer les formes majeures, monstrueuses, qui sont très rares, aux formes mineures qui sont, au contraire, très répandues et ne retiennent habituellement pas tout l'intérêt qu'elles méritent.

Parmi les *causes prédisposantes* tenant au terrain, nous en retiendront deux prédominantes, le sexe et le terrain endocrinien, d'une part ; l'hérédité, de l'autre.

La majorité des lipodystropies sont commandées par la *différenciation sexuelle*. Sont propres au *sexe masculin*, à quelques exceptions près, les lipodystrophies symétriques à prédominance cervicale du type Launois-Bensaude ou abdominale du type Jouon, cependant que les obésités prédominant sur les localisations graisseuses masculines se rencontrent surtout chez l'homme, mais encore chez la femme au cours de la ménopause de type androïde.

Au contraire, le *sexe féminin* revendique le privilège presque absolu des obésités pelviennes en général et des paralipodystrophies, notamment des obésités inférieures ; l'obésité prédominant sur les localisations graisseuses féminines ne se voit chez l'homme qu'en cas d'intersexualité franche ; l'obésité rhizomélique douloureuse de Dercum est également beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Cependant, d'autres lipodystrophies, du reste plus rares, comme le monolipome, l'oligolipomatose, la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres prédominent seulement dans le sexe masculin; mais un grand nombre de cas féminins sont connus.

Si nous ajoutons que les formes mineures des lipodystrophies propres à chaque sexe représentent une simple exagération d'un caractère sexuel secondaire, comme l'obésité érythrosique cervicale et rhizomélique du mâle et de la ménopause androïde, ou les diverses obésités inférieures et pelviennes de la femme, on ne peut que convenir du rôle fondamental joué par la sexualité dans son sens le plus général à l'origine, ou tout au moins dans l'orientation des lipodystrophies.

Le *facteur héréditaire* est à considérer sous deux aspects : ethnique et familial.

Sur le *plan ethnique*, la stéatopygie postérieure élective est propre aux femmes de quelques peuplades sud-africaines, les Bushmen et les Hottentots. La stéatopygie étalée, toujours exclusivement féminine, est très répandue dans les divers territoires de l'Afrique et de l'Europe sur le bord de la Méditerranée ; elle est beaucoup plus rare dans les autres parties de l'Europe où on l'observe cependant en Flandre et en Allemagne occidentale. La stéatocoxie s'observe plus fréquemment chez les populations nordiques.

Parmi les autres obésités segmentaires, l'obésité malléollaire est à peu près limitée à la race ibéro-insulaire et à certains groupes de langue sémitique des bords orientaux et méridionaux de la Méditerranée.

Les paralipodystrophies dans leurs formes majeures, les seules qui soient généralement publiées, sont observées un peu partout en Europe et en Amérique. Mais les formes mineures, qui sont légion dans les races méditerranéennes et africaines et, bien entendu, chez leurs émigrants, sont beaucoup plus rares chez les autres peuples. Si donc les différentes formes de lipomatose symétrique, l'oligolipomatose, le lipome isolé, quelques maigreurs localisées distinctes des paralipodystrophies, les obésités presque généralisées, androïdes et gynoïdes, paraissent indépendantes de l'hérédité ethnique, la plupart des autres lipodystrophies se rangent nettement parmi les caractères raciaux.

Sur le *plan familial*, la question a été fort discutée. En fait, il est assez rare d'observer une hérédité franche de cas similaires et surtout également développés dans une même lignée. Par contre, il est habituel de noter dans l'ascendance, les collatéraux et la descendance, une orientation de la morphologie vers le type plus nettement réalisé chez le sujet examiné, comme si un facteur souvent indéterminé avait majoré chez lui une prédisposition héréditaire.

Quels paraissent être les *facteurs déclenchants* : infectieux, toxiques, traumatiques, alimentaires, affectifs, étapes normales ou pathologiques de la vie génitale et du comportement endocrinien ou végétatif, mode de vie individuelle et sociale ? A vrai dire, la plupart du temps, comme du reste pour la majorité des endocrinopathies et des maladies de la nutrition, il est difficile de faire la part exacte de ce que l'interrogatoire et l'examen incitent à supposer. Notons toutefois la relative fréquence des processus névraxitiques plus ou moins larvés, d'une part ; du mode de vie et des habitudes alimentaires, de l'autre.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'accord n'est pas fait sur l'aspect des lésions dans les lipodystrophies et encore moins sur leur genèse. Quelques notions émergent toutefois que l'on peut retenir.

Tout d'abord, il n'y a pas lieu d'opposer trop nettement les formes diffuses aux formes nodulaires réunies par les formes nodulo-diffuses, chaque forme diffuse pouvant d'ailleurs se compliquer, à des époques variables, de nodules plus ou moins limités.

Certes, il ne saurait rien y avoir de commun du point de vue clinique entre un monolipome et une lipohypertrophie inférieure, mais ce sont là des types extrêmes ; toutes les autres obésités locales, bien que distinctes les unes des autres, sont unies par des liens multiples.

D'une façon générale, l'obésité locale étendue, non compliquée de cellulite, ne diffère pas de l'obésité simple ; des pelotons adipeux plus ou moins volumineux, très peu vascularisés, se développent les uns à côté des autres ; tout autour, il n'y a pas d'autre capsule que le fascia superficialis, en particulier pas de limite franche.

Le lipome est entouré d'une capsule conjonctive qui en trace parfaitement les contours au point de la rendre énucléable. Mais, entre ces deux types purs, les formes nodulo-diffuses, les plus fréquentes, d'une part, et les formes cellulitiques, de l'autre, comprennent au milieu du tissu graisseux diffus, des formations nodulaires plus ou moins circonscrites par des travées fibreuses qui sont couramment le siège d'une inflammation chronique où les nerfs sont atteints de périnévrite ; et il est souvent difficile d'établir sur la seule foi de cet aspect statique quel est le primum movens véritable, l'adiposité ou l'état inflammatoire, tous les deux paraissent très vite évoluer de concert.

La fameuse discussion sur l'adénolipomatose ouverte par les travaux de Launois et Bensaude paraît close aujourd'hui, malgré les constatations récentes de P. Chevallier. En raison du siège des lipomes, de la présence à leur coupe de ganglions plus ou moins enflammés, Launois et Bensaude avaient pensé que le point de départ du syndrome qu'ils avaient décrit était lymphatique. En 1934, P. Chevallier, observant lui aussi des lésions centro-ganglionnaires, en déduisit que la lésion initiale était une inflammation ganglionnaire qui avait pour double effet de détruire progressivement le ganglion et de provoquer de la lipomatose de voisinage. En fait, il semble bien, et c'est l'avis de Millaud, Petitjean, Ménétrier, Paviot, Bérard, que les ganglions n'interviennent qu'accessoirement dans le développement de la lipomatose cervicale et que leur inflammation est secondaire aux troubles circulatoires auxquels il sont soumis à l'intérieur des masses graisseuses.

Ceci nous amènerait à discuter la nature exacte, inflammatoire ou hyperplasique, du développement graisseux. Tout bien pesé, et malgré la fréquence des lésions inflammatoires, il semble bien que si ces dernières contribuent à aggraver le processus, elles n'interviennent que secondairement à titre de complication de la lipomatose déjà constituée. La cellulite aggrave l'obésité ; elle n'en est pas la cause.

Quant aux lésions des maigreurs localisées, elles sont extrêmement simples et consistent dans la disparition plus ou moins complète du pannicule adipeux ; les lésions inflammatoires sont ici absentes ; la graisse interstitielle du muscle disparaît aussi ; quelquefois se rajoute un certain degré d'amyotrophie vraie et d'atrophie cutanée.

Les lésions des autres organes sont le plus souvent nulles dans les lipodystrophies, si nous négligeons quelques cas particuliers comme les lésions neuro-endocriniennes et circulatoires des syndromes de Cushing ou neuro-endocriniennes des syndromes adiposo-génitaux.

V. — LES TROUBLES BIOCHIMIQUES

Les troubles biochimiques sont pour l'instant d'un intérêt très restreint. La lipémie a été trouvée augmentée dans le syndrome de Barraquer et Simons (J. Decourt), dans le syndrome de Dercum (Gré et Breffeil). J. Decourt a également noté une élévation du cholestérol sanguin avec diminution de son coefficient d'estérification dans un cas de syndrome de Barraquer et Simons ; l'amaigrissement s'est accompagné dans ce cas d'une augmentation du cholestérol estérifié, sans modification du taux du cholestérol total; Paillard observe fréquemment de l'hypercholestérolémie et de l'hyperuricémie dans la lipomatose nodulaire multiple.

Les tests endocriniens sont discordants, l'hypothyroïdie se retrouve plutôt dans les obésités, l'hyperthyroïdie dans les maigreurs ; nous avons déjà mentionné l'importance de la participation génitale ainsi que les signes infundibulo-tubériens discrets fréquemment associés.

VI. — CONCLUSIONS PATHOGENIQUES

Une classification anatomo-clinique et descriptive des lipodystrophies nous paraît, à l'heure actuelle, une synthèse suffisante. Un trop grand nombre de facteurs de leur mécanisme nous sont encore cachés pour que nous puissions dans la tentative d'une pathogénie affirmer quoi que ce soit. Néanmoins, des faits que nous venons d'exposer, on peut rassembler les suivants :

1° *Dans le mécanisme local* qui préside à l'apparition de l'accroissement, l'atrophie ou la répartition de la graisse sous-cutanée, les phénomènes inflammatoires si souvent constatés, se présentent comme une complication contingente et aggravante, mais non comme la cause de la lipodystrophie, qui reste bien un trouble de la trophicité du tissu adipeux ;

2° La cause paraissant donc située hors d'une inflammation locale, un certain nombre de facteurs d'un *mécanisme général* peuvent être entrevus.

La topographie le plus souvent précise, régulière, fréquemment symétrique des lipodystrophies, plaide en faveur d'une *distribution nerveuse*. Celle-ci peut-être périphérique ou centrale. Diverses constatations cliniques ou expérimentales (Lortat-Jacob et Vitry, Mansfeld et Muller, Le Meignen et Lévesque, Hamburger) ont montré l'existence de lipomatose ou d'adipose consécutive à des lésions nerveuses périphériques. Il semble toutefois que ce soit l'exception, et la distribution des lipomatoses, notamment de la lipomatose multiple, n'est que faussement radiculaire ou tronculaire (Paviot, Plauchu, Dauvergne et El Gébali, H. Paillard et M. L. Paillard), contrairement à la neurofibromatose cutanée. En revanche, dans toutes les autres lipodystrophies, la précision de la topographie, la symétrie habituelle plaide en faveur d'un trouble apporté dans une *représentation centrale du tissu adipeux*. Le rôle manifeste joue par les processus névraxitiques, la fréquente coexistence des sypmtômes traduisant une altération du diencéphale, donne à penser que c'est dans cette région où semblent de plus en plus se grouper les leviers de commande de la vie végétative et affective élémentaire que les lésions ou les troubles fonctionnels responsables des lipodystrophies doivent être recherchés.

L'intervention du *sexe génétique* ou *génital* est évidente. C'est lui qui détermine au moins la topographie de la plupart des lipodystrophies, la majorité de ces dernières pouvant se ranger sous l'étiquette générale d'androïde ou gynoïde.

L'influence des autres glandes endocrines est moins nette ; on peut retenir cependant l'intervention couplée du cortex surrénal et des androgènes dans les lipodystrophies androïdes, de la thyroïde et des œstrogènes dans les lipodystrophies gynoïdes.

Le mécanisme neuro-endocrinien nous échappe encore ; la régulation du fonctionnement endocrinien par le diencéphale est peu douteuse ; mais, d'autre part, l'action des glandes endocrines, et notamment des groupes androgènes et œstrogènes, paraît s'effectuer davantage par imprégnation du système nerveux central que par un mécanisme périphérique ; et la sensibilité tissulaire, le seuil réclamé par les tissus pour que s'exerce l'activité morphogène des hormones semble bien exiger un intermédiaire nerveux que tout porte à localiser aux environs du cerveau intermédiaire.

3° Ce mécanisme général paraît lui-même *sous la dépendance de deux groupes de facteurs*.

a) **Facteurs endogènes. Héréditaires, ils sont ethniques et familiaux,**

soit d'une façon grossièrement évidente, soit le plus souvent d'une façon qui demande à être recherchée, la tendance à la lipodystrophie étant seulement ébauchée dans le reste de la lignée ou de l'ethnie ;

b) Facteurs exogènes. Ils résident dans tous les facteurs susceptibles d'influencer le fonctionnement du système nerveux et les glandes endocrines ; le plus souvent, il est difficile d'affirmer la part exacte qu'ils prennent à la constitution d'une lipodystrophie.

Tenter de préciser davantage cette pathogénie serait illusoire ; quelques chaînons s'en distinguent toutefois avec netteté qui permettront sans doute plus tard de retrouver les autres.

La thérapeutique est malheureusement illusoire dans la plupart des cas. En dehors de quelques tentatives consistant dans l'injection de corps gras ou de paraffine au niveau des zones amaigries (Simons, Hollander), dans l'introduction buccale d'un appareil de prothèse qui exerce un effet masseur et « régénérateur » de la graisse faciale (Boë), de l'exérèse d'un monolipome, d'oligolipomes, d'une stéatomastie ou d'une autre adipose localisée, la thérapeutique est d'ordre endocrinologique. Extraits ou hormones, physiothérapie sous ses différentes formes, ne donnent malheureusement, dans les cas avancés, que des résultats décevants. Seule la cellulite est accessible aux nombreux traitements qu'on peut aujourd'hui lui opposer, et il est exact que le fait de pouvoir traiter cette complication permet dans une certaine mesure d'arrêter ou de ralentir l'évolution de nombreuses lipodystrophies ou tout au moins de les rendre plus supportables ; mais il s'agit là d'une évolution commune à toutes les obésités et non propre aux seules lipodystrophies. Au demeurant, dans les formes mineures, qui sont à la limite de la pathologie, une hygiène correcte, une physiothérapie bien appliquée sont capables dans une certaine mesure de prévenir l'évolution vers la monstruosité... Il va sans dire que, suivant l'impression donnée par l'étiologie proprement dite, il y aura lieu d'agir dans tel ou tel sens : régime, mode de vie, physiothérapie, traitement anti-infectieux, anti-syphilitique, par exemple.

Le pronostic vital n'est heureusement pas affecté par cette impuissance relative de la thérapeutique, et les lipodystrophies restent, plus que de véritables maladies, des infirmités disgracieuses que le médecin doit au moins savoir reconnaître, s'il ne peut encore les guérir.

ACTUALITÉS

A PROPOS DES CORONARITES & DE L'INFARCTUS MYOCARDIQUE

par R. Levent

Coronarites et surtout infarctus du myocarde étaient, voici peu de temps encore, des condamnations avec, au plus, un bref sursis. L'examen clinique et anatomique de faits plus nombreux, les recherches électrocardiographiques et le résultat d'un traitement et d'une hygiène plus appropriés, ont atténué la rigueur du verdict. Une récente communication à l'Académie de Médecine (1) résumait les conclusions présentes des cardiologues et l'importante étude de Laubry et Soulié (2), aboutissant à des conclusions analogues, permettait au praticien de trouver, avec preuves à l'appui, la confirmation de son expérience clinique.

La conception des auteurs, en matière de pathologie coronarienne, a le mérite de la simplicité ; elle aide à s'orienter dans un domaine jusqu'ici assez embroussaillé et où les discussions anatomo-physiologiques n'avaient guère porté la lumière ; le mieux surtout est que la conception nouvelle cadre assez bien avec la réalité pratique et permet des conclusions pronostiques et thérapeutiques.

Abstraction faite des coronarites infectieuses d'allure particulière, il n'existe pour Laubry et Soulié que des scléroses coronariennes ; mais leur évolution, rapide ou lente, donne naissance à *deux syndromes distincts* quant aux symptômes, à l'évolution et au pronostic.

Les accidents subits relèvent de l'infarctus myocardique.

Les accidents lents et insidieux, de l'insuffisance coronaire.

Pour les uns et pour les autres, du reste, les données étiologiques jusqu'ici reçues semblent comporter correction.

Le plus souvent il n'y a pas de cause spécifique et la syphilis, si habituellement incriminée, aurait une importance usurpée ; de même l'association avec d'autres affections : rhumatisme articulaire, grippe, infections diverses, compressions, embolies. L'association avec toutes les maladies artérielles, quel que soit leur siège (aorte, membres inférieurs), ou leur nature (maladie de Buerger même), paraît au contraire gagner en importance.

Importantes aussi en ce qui touche l'infarctus, les diverses *circonstances favorisantes* : âge (50 à 65 ans), sexe masculin, habitus apoplectique, classe aisée, profession libérale, sont des circonstances fréquemment notées ; de même, une plus grande fréquence chez les Orientaux et les Israélites. L'influence du tabac paraît discutable ; celle d'un fonctionnement hépatique défectueux, celle de l'hérédité et de la famille semblent au contraire très importantes ; de même la dystonie neuro-circulatoire.

Les lésions ont d'autant plus d'importance que les études récentes, anatomiques et radiologiques, ont démontré la faible valeur fonctionnelle des anastomoses, toutes les fois que les lésions ne se sont pas constituées très lentement en donnant à un réseau de dérivation le temps d'acquérir un débit suffisant.

Nous n'insisterons pas ici sur *l'allure clinique de l'infarctus myocardique* ; il est bien connu, surtout dans sa forme classique. Ce qui semble important, c'est de savoir interpréter des incidents d'apparence banale et qui précèdent à longue échéance les accidents typiques. Pour le clinicien averti, ils ont valeur d'avertissement ou de signature : épisodes constrictifs de quelques minutes et demeurant isolés, algies insignifiantes sans relation avec l'effort, ni avec aucune autre cause favorisante. Lorsque la chance permet de les saisir, ces troubles sont une injonction catégorique à l'examen cardiologique, avec prise d'électrocardiogramme, qui permettront un diagnostic exact longtemps avant l'apparition d'accidents caractéristiques. Quelle que soit leur allure, ils relèvent toujours d'une perturbation du tonus sympathique.

L'état de mal angineux hyperalgique de l'infarctus est surtout caractérisé par sa longue durée, trente-six heures et parfois plus, avec des rémissions complètes ou non et des reprises. S'y associent : un état de choc, un frottement péricardique souvent fugace, un effondrement tensionnel, une ascension thermique à 38-38,5, qui, même en l'absence de signes physiques, doivent orienter le clinicien. Il faut retenir l'importance de la dyspnée, quel qu'en soit le type, celle de l'œdème pulmonaire et des troubles digestifs.

Nous ne pouvons mieux faire, quant aux *tracés électriques*, que de renvoyer à l'étude magistrale de Laubry et Soulié. Des tracés nombreux et bien échelonnés permettent de suivre l'évolution fonctionnelle. Ces tracés se modifient avec une extrême lenteur et durant des mois, témoignant ainsi de la lenteur du myocarde à remédier à son incapacité nouvelle et de la nécessité d'une surveillance médicale prolongée. On distingue de très nombreuses *formes cliniques*, parmi lesquelles les formes symptomatiques sont les plus fréquentes et les plus trompeuses, donc les plus nécessaires à bien connaître. L'étude électrocardiographique permet dès maintenant d'individualiser *quatre formes topographiques* principales ; l'âge, les associations morbides, les séquelles, caractérisent d'autres formes.

L'insuffisance coronarienne dénote l'impuissance du réseau artériel à satisfaire aux besoins de l'organe, non seulement dans son activité normale, mais dans les coups de collier sollicités éventuellement ; elle s'associe à d'autres insuffisances : cardiaques, vasculaires, neuro-végétatives. Ici encore, le tracé électrique et son interprétation sont d'importance première.

Le bénéfice pratique de cette technique se trouve dans la *révision du pronostic*. L'insuffisance coronarienne témoigne d'une usure grave et d'une insuffisance ventriculaire potentielle que des accidents subits ou progressifs peuvent extérioriser à tout instant ; à cette notion classique, aucun changement n'a été apporté.

En matière d'infarctus, si l'avenir demeure préoccupant, l'horizon s'est pourtant légèrement éclairci depuis que, tracés en main, on a pu suivre les évolutions, dépister plus tôt et reconnaître pour ce qu'ils sont réellement des accidents qui, en dépit de leurs apparences, sont des infarctus authentiques. Il ne s'agit plus de mort inévitablement immédiate ou très rapide, par asystolie le plus souvent. Un nombre appréciable d'infarctus authentiques est susceptible de *guérison temporaire*. La comparaison des travaux et statistiques d'origines diverses a montré à Clerc que la survie après infarctus peut se prolonger encore des mois et des années (39 ans dans un cas), avec une existence socialement, intellectuellement et même physiquement active ; la mort ne surviendra que longtemps après et parfois à la suite d'une affection intercurrente. l'existence même d'un anévrysme pariétal du cœur a pu ne rien compromettre, ni l'âge avancé auquel les accidents ont débuté et évolué, ni les complications, même cardiaques, survenues entre temps.

Si la mortalité des premières semaines s'élève à 45 %, et celle des deux premières années jusqu'à 60 %, on voit après cinq ans 20 %, et après dix ans 10 % de survivants, ce qui s'oppose aux conceptions anciennes. Celles-ci n'envisageaient guère la possibilité d'une activité professionnelle normale, encore moins la pratique de sports fatigants. Il n'en reste pas moins que c'est par le cœur que mourront la plupart des malades.

Le pronostic éloigné est donc délicat à établir ; le médecin devra faire état de la gravité clinique des accidents en évolution, la tendance que manifeste la tension artérielle vers le retour à la normale, celle surtout de la courbe électrique à se normaliser, évolution toujours très lente ; l'état antérieur du malade et surtout sa persévérance dans la pratique d'un traitement et l'observance d'une hygiène générale tôt et précocement établis, sont aussi des facteurs importants.

Le traitement de la sclérose coronarienne ne diffère guère de celui de l'artério-sclérose. Vis-à-vis de l'infarctus, le traitement préventif, bien qu'inconstant dans ses effets, mérite cependant mieux que le scepticisme. Il doit viser, en agissant notamment sur la neurotonie, à rompre le cercle vicieux qui unit l'élément lésionnel et l'élément fonctionnel. La cure hygiéno-diététique, la physiothérapie (gymnastique respiratoire et bains carbogazeux), l'emploi des barbituriques, sont les éléments principaux du traitement.

A la période d'état de l'infarctus, c'est la morphine qui est l'antalgique de choix, si elle est bien tolérée ; les barbituriques s'y associeront avec avantage. Parmi les vasodilatateurs, c'est la théophylline-éthylène-diamine, qui semble mériter la première place; le camphre et l'ouabaïne à dose prudente s'adresseront au collapsus cardiovasculaire.

Un repos longtemps prolongé, soigneusement et médicalement surveillé, avec toutes les précautions générales et alimentaires utiles en présence d'une aussi grave menace, sont indispensables. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'obtenir du malade et de son entourage la longue patience et la persévérance dans l'inaction, qui sont la condition *sine qua non* d'une survie de quelque durée ; l'électrocardiographie systématique mettra entre les mains du médecin un argument et un document objectif de la plus grande importance.

(1) A. Clerc, Académie de Médecine, 23 mars 1944.

(2) Laubry et Soulié. *Les maladies des coronaires*, Paris, Masson, 1943.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1944

Modification des échanges respiratoires après implantation de comprimés de propionate de testostérone chez des sujets senescents. — MM. Léon Binet et François Bourlière. — La vieillesse s'accompagne d'une chute des échanges respiratoires à ce point que le métabolisme de base peut passer de 36 Cal., qu'il est normalement chez l'adulte, à un taux de 30 Cal. et au-dessous.

MM. Léon Binet et François Bourlière se sont demandé si les implantations sous-cutanées de propionate de testostérone n'étaient pas capables de relever cet abaissement du métabolisme de base que déclenche la vieillesse. Deux observations sont étudiées à ce sujet, dont l'un est particulièrement démonstratif. Un homme de 85 ans ayant un métabolisme de base tombé à 24 Cal. subit une implantation de 700 mgr. de propionate de testostérone. On note dans les semaines qui suivent un métabolisme de base de 28 Cal.; le mois suivant de 30 Cal.; trois mois plus tard, le métabolisme revient à un point voisin du chiffre de départ.

Chez un autre malade, l'élévation du métabolisme de base avait été plus durable : un sujet ayant un métabolisme de 23 Cal. avait atteint 30 Cal. un mois après implantation et le chiffre s'était stabilisé pendant 9 mois à une moyenne de 29 Cal.

Il semble donc qu'il y ait lieu de souligner un étroit parallélisme entre l'augmentation des échanges respiratoires et l'amélioration clinique due à l'implantation de propionate de testostérone chez les sujets sénescents.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1944.

Nécrologie. — Le Président fait part du décès de M. Lereboullet.

La néphrectomie reste toujours le vrai traitement de la tuberculose rénale. — M. Chevassu. — Alors qu'en 1912, à la mort d'Albarran, il semblait que le traitement médical eût cause perdue et que le traitement chirurgical eût seul droit de cité une réaction semble se produire. Sans doute tient-elle au progrès des méthodes d'examen radiologique en particulier et à la possibilité accrue de diagnostic précoce. On dépiste des tuberculoses beaucoup moins avancées et il devient difficile aussi de faire accepter une intervention.

Il est des guérisons spontanées; ce sont d'infimes exceptions. Il est aussi des formes à évolution prolongée. Malgrée les apparences favorables, elles demeurent un danger et une menace pour l'avenir du malade, qu'on ne doit pas négliger.

Nul ne sait combien de cas traités par l'abstention chirurgicale guériront vraiment mais, même à l'heure actuelle, leur nombre est certainement faible. Les aléas d'une néphrectomie précoce sont, par contre, quasi négligeables et le résultat acquis est définitif.

C'est à l'avenir seule qu'est réservé, grâce à des moyens à découvrir, la guérison purement médicale de ces cas.

De quelques modifications physico-chmiques du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Vidal, Monnier et Benezech. (Présentation par M. Bezançon). — Les auteurs ont mesuré l'indice de réfraction, la conductibilité électrique et la tension superficielle dans des formes respectivement évolutives, actives ou inactives de tuberculose. Il n'y a entre les diverses formes aucune différence de l'indice de réfraction ni de la conductibiaité électrique. Au contraire, la tension superficielle, voisine de la normale dans les formes actives, lui est supérieure dans les formes évolutives et inférieure dans les formes inactives

Ces variations sont peut-être en relation avec la cholestérinémie.

Précisions sur le mode d'emploi du gluco-chloral pour la destruction des animaux nuisibles. — M. Tara. (Présentation par M. Balthazard). — Déjà essayé avec succès contre les oiseaux, le gluco-chloral semble un raticide efficace mélangé aux appâts habituels à un taux d'environ 1 pour 1.000. Les rongeurs semblent le consommer avec prédilection mais certains d'entre eux, guéris de leur intoxication, montreraient pour ces appâts un éloignement qui irait jusqu'à les éloigner même des locaux où ils en ont consommé. Certains animaux se montreraient de plus entièrement réfractaires.

Discussion : M. G. Petit. — C'est un raticide de plus mais qui ne doit pas faire supprimer les virus. De ces résultats, il faut rapprocher ceux qu'a obtenus M. Guillaume.

M. Tanon. — Le raticide est également utilisé par les braconniers pour le piégeage. Mais le gibier semble de peu de conservation. La présence de nombreux rats tués dans leurs trous doit aussi entrer en ligne de compte au voisinage des lieux habités.

L'évolution de la tuberculose en fonction du métabolisme basal. — M. Renaud. — L'auteur a essayé d'établir la relation qui existe entre l'intensité des combustions et la forme clinique de la maladie par l'étude du métabolisme basal. Celui-ci n'est pas modifié par les lésions même étendues mais seulement par une complication. Il est élevé dans les formes sévères avant même que l'état général ou les symptômes donnent l'alarme; il est abaissé dans les formes torpides quelle que soit l'étendue des lésions. Il semble donc que l'examen précoce du M.B. dès le début de l'action médicale permette d'établir un pronostic; l'équilibre nutritif et l'action du sympathique semblent des éléments importants dans le terrain où se développe l'affection.

Election. — M. Aubertin est élu membre titulaire dans la Section de Médccine

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1944.

La tuberculose miliaire aiguë latente d'accompagnement. — MM. Fiessinger et Leroux. — Au cours d'affections organiques diverses (cancers, angiocholite, endocardites, néphrites chroniques et tabes), les auteurs ont découvert *post mortem* des lésions pluriviscérales de tuberculose miliaire aiguë diffuse que rien ne signale cliniquement qu'un état fébrile durable. Cette tuberculose miliaire aiguë, qui n'existait pas autrefois, prouve qu'il existe actuellement une virulence anormale de la tuberculose sous l'effet des conditions générales de misère et qu'il faut prendre des précautions plus grandes que jamais en matière de prophylaxie antituberculeuse.

Premiers essais d'utilisation des œufs de vers à soie en radiobiologie. — MM. Lamarque et Gros. — Depuis 2 ans, faute de drosophiles, les auteurs ont employé les œufs de vers à soie (une souche indigène, une souche « Bagdad »). Les effets qui vont jusqu'au défaut d'éclosion sont indépendants de la longueur d'onde et du débit; la dose totale seule importe, indépendamment d'une sensibilité propre à chaque souche.

Quand les doses sont fractionnées, il se produit une restauration partielle dès les premières 24 heures.

Action du froid sur la restauration des œufs de vers à soie irradiés par les rayons X. — MM. Lamarque et Gros. — Lorsqu'on refroidit les œufs dès après l'irradiation l'effet des rayons est diminué; il l'est davantage encore si les doses sont fractionnées; une restauration de 35 % environ se fait entre la 1re et la 2e irradiation; même après 5 mois dix doses partielles équivalent à une seule dose unique plus faible. Le froid agissant de façon précoce arrête donc la restauration et après 5 mois les œufs sont dans le même état qu'aussitôt après irradiation.

Contribution à l'étude de l'action nerveuse centrale de la diphénylhydantoïne. — MM. I. Bertrand et B. et P. Chauchard. (Présentation par M. Lapicque). — Les auteurs ont cherché à préciser son action par l'étude chronaxique du cobaye. Malgré les analogies, ce corps se distingue du gardénal par son action sur les centres inférieurs; sur le cortex son effet est excitant dans certaines conditions, dans d'autres il est dépresseur. On ne peut mesurer chronaxiquement ce dernier; un même allongement chronaxique peut s'accompagner soit d'un effet cortical dépressif manifeste, soit de l'absence de tout signe clinique.

Sur la valeur nutritive de trois types de pain. Etude expérimentale sur l'homme. — MM. Jacquot, J. Trémolières, Guillemet, Erfmann. (Présentation par M. Loeper). — Le pain blanc ou « pain d'amidon » fut critiqué avant la guerre comme dépourvu des riches éléments de la périphérie du grain; le pain de mouture intégrale, type occupation, est plus critiquable encore. Expérimentation biologique et usage pratique renversent les conceptions purement chimiques qui le faisaient prôner. Sa richesse en Ca, N et P est plus qu'annihilée par sa mauvaise digestibilité et le déficit fécal qui en résulte.

Au contraire, le pain rationnel à 86 % associe la digestibilité aisée à la richesse en azote et en éléments assimilables; il pare à la carence en Ca et en aneurine; son usage se concilie parfaitement avec les habitudes de la meunerie et de la gastronomie.

Discussion. — M. Lapicque : Il serait aisé, après la pénitence de ces dernières années de faire renoncer le public au pain blanc d'avant-guerre et de maintenir l'usage du pain actuellement consommé et qui diffère peu de celui qu'ont étudié les auteurs ci-dessus.

M. Delbet : Le bon blutage n'est pas tout; il faut du bon blé et de bons engrais qui sont d'importance au moins égale au blutage. Dans ces questions de fabrication et d'agronomie, les pouvoirs publics ont un rôle à remplir.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1944.

Sur l'administration par dose unique des sulfamides. — M. Ferey dit en avoir observé de bons résultats sans inconvénient.

M. Rudler croit qu'il vaut mieux adopter une technique un peu différente, une dose importante d'attaque au début de la journée et le reste de la dose quotidienne par prises fractionnées.

M. Michon rappelle que la prise massive des sulfamides peut provoquer des anuries.

A propos d'une thyroïdite pyogaseuse due au bacille perfringens. — MM. Petit-Dutaillis et Guenin discutent la pathogénie de cette infection a perfringens, et pensent qu'il s'agit d'une bactériémie d'origine intestinale.

800 cas de gangliectomie lombaire. — M. Leriche a obtenu dans 500 artérites 20 % d'échecs et 50 % de bons résultats assez stables; il insiste sur la nécessité d'opérer tôt sans attendre l'apparition des troubles cutanés; une artérite est d'autant plus grave pour la trophicité qu'elle siège plus bas; la gangliectomie agit, en effet, par vasodilatation des voies périphériques. L'ablation de la chaîne sympathique fait disparaître les douleurs; si celles-ci persistent dans les orteils, M. Leriche exécute un Lisfranc.

L'auteur pense qu'il n'est pas indispensable de faire une exé-


BOLDINE HOUDÉ
FOIE

rèse très étendue; il fait en règle l'ablation des deux premiers ganglions lombaires.

Dans l'hypertension, M. Leriche y associe l'ablation de la surrénale gauche et la section des splanchniques.

Dans les séquelles post-phlébitiques, on a quelquefois d'excellents résultats soit sur l'œdème soit sur les ulcérations.

L'auteur a également utilisé la gangliectomie dans la maladie de Reynaud, les troubles vasomoteurs de la paralysie infantile, etc...

Depuis 1924, M. Leriche a pris parti pour les opérations électives sur le sympathique.

M. Moulonguet se demande si la gangliectomie a seulement une action physiologique ou si on ne supprime pas également des chaînes sympathiques pathologiques.

Crises douloureuses vaso-constrictives du membre supérieur avec cote cervicale, scalénotomie et sympathectomie. — M. Petrigani, M. Brocq, lecteur.

MM. Gosset, Bernard et d'Allaines rapportent des observations personnelles similaires.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 7 JUILLET 1944.

Pyopneumothorax au cours d'un cancer latent du poumon. — MM. Duvoir et Poumeau-Delille.

Puberté précoce simple et pure. — M. Decourt. — Fillette de 9 ans ayant morphologie d'une jeune fille de 15 ans : règles régulières, absence de macrogénitosomie et de symptômes de tumeur cérébrale, surrénale ou ovarienne. A la radio, ossification très en avance sur l'âge.

Nouvelle tuberculine concentrée pour percuti-réaction. — MM. Lelong et Maclouf. — Etude comparative de la cuti et de la percutiréaction sur 343 enfants. La sensibilté de la réaction est légèrement supérieure à celle de la cuti-réaction; elle est égale à celle de l'intradermo-réaction.

Infiltrations novocaïnique du sympathique cervical dans le traitement de la sclérodermie. — MM. de Sèze et Claude Durand. — Traitement par les infiltrations cellulaires répétées d'une malade atteinte de sclérodermie à début scléro-dactylique : amélioration durable. Les auteurs insistent sur les rapports qui paraissent exister chez les sclérodermiques entre : tonus du sympathique, calcémie, fonction des parathyroïdes.

La prothombinémie dans les ictères du nouveau-né et des nourrissons. — MM. Lelong, Rossier, Soulier, L. Tan-Vinh. — Dosage de la prothombine à l'aide de la micro-méthode de Soulier dans le sang de 18 nourrissons atteints de diverses variétés d'ictère. La résistance à l'apport de la vitamine K paraît être chez le nourrisson un test pratique de l'insuffisance hépatique.

Traitement des constipations chroniques par l'Yohimbine. — MM. Dos Ghali, Paley et Mathey. — En ce qui concerne les consti pations chroniques, l'Yohimbine par voie digestive ou veineuse paraît avoir un effet curateur constant.

Nouveau cas d'hypertension artérielle paroxystique liée à un paragangliome surrénal gauche. — MM. Lenègre, Scheid, Martin. — Cas d'un cultivateur de 57 ans, dont les crises hypertensives ont guéri après la surrénalectomie gauche qui a permis d'extraire un paragangliome de 38 gr. riche en adrénaline.

Syndrome méningé survenant au 9e jour d'une péritonite à pneumocoques traitée par les sulfamides. — Rôle probable de la chimiothérapie. — MM. Fred Siguier, Tricot, Girauld.

Lèpre aiguë cutanée récente. — M. Charles Flandin.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1944.

Sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville) : Extirpation d'une tumeur paraventriculaire (neurinome central), guérison. — MM. Lereboullet, Puech, Bernard. — Suite de l'observation présentée en février 1944 par Degos et Lereboullet. Le malade ayant présenté secondairement un syndrome d'hypertension intra-cranienne a été opéré par Puech qui a pu extirper un kyste paraventriculaire. Neurinome. Guérison.

Nouveaux symptômes cutanéo-muqueux d'avitaminose C : glossites dépapillantes, diminution des sécrétions salivaire et sudorale, onyxis. — M. Degos.

Collapsus cardio-vasculaire chez un hypertendu. Guérison par la cortine de synthèse. — M. Maurice Derot.

SÉANCE DU 4 AOUT 1944.

Mammite chronique simulant une tuberculose pulmonaire. — M. Jacob. — Présentation du cliché thoracique d'une femme de 30 ans, dont la base droite peu transparente offre un aspect marbré non homogène dû à la projection d'un sein atteint de mammite chronique d'origine hormonale.

Nouveau cas de paralysie cubitale des cyclistes. — MM. Lereboullet et Cerbonnet. — Observation nouvelle de cette paralysie cubitable dépendant d'un double facteur : course de longue durée et porte-bagages lourdement chargé à l'avant. L'intensification actuelle du ravitaillement à bicyclette amènera sans doute des faits semblables.

Remarques sur le tableau clinique et l'évolution de l'hypertension paroxystique d'origine surrénale. — MM. Lian, Fred Siguier et Girauld. — Deux observations personnelles d'une forme clinique non tumorale. Les auteurs signalent le danger du collapsus post-opératoire entraînant une mortalité fréquente; or, l'évolution fatale de l'hypertension paroxystique rend l'intervention inévitable, dont seule la technique opératoire devra faire diminuer la gravité.

Remarques sur la technique et les suites opératoires immédiates des interventions surrénaliennes dans les hypertensions artérielles paroxystiques. — MM. Lian, Welti et F. Siguier. — Exposé de deux observations d'hypertension artérielle traitées par surrénalectomie et suivies l'une de guérison fonctionnelle parfaite, l'autre d'un collapsus post-opératoire avec hémiplégie et mort. Or, le collapsus ne doit pas faire hésiter à pratiquer l'intervention qui est le seul traitement curatif.

Diagnostic radiologique de la forme et des dimensions des deux capsules surrénales dans les hypertensions paroxystiques. — MM. Lian, Marchal et Fr. Siguier. — Les auteurs préconisent une méthode personnelle utilisant, après forte compression abdominale, une simple téléradiographie à 1 m. 50 en expiration. Cette nouvelle technique radiologique méritant d'être appliquée dans toutes les affections surrénales.

Une statistique sur la fréquence actuelle des congés administratifs pour tuberculose pulmonaire. — M. Fernand Benoist. — Pour l'ensemble des 60.000 fonctionnaires et agents du Ministère des Finances, le nombre des fonctionnaires et agents bénéficiant chaque année de congés pour tuberculose en 1937, 1938, 1941, 1942, 1943 inclus présente une augmentation considérable surtout depuis l'an dernier.

En 1941 .... 89 cas nouveaux.
En 1942 .... 108 cas nouveaux.
En 1943 .... 145 cas nouveaux.

L'augmentation porte essentiellement sur les hommes et, avec une proportion sensiblement égale, se retrouve à tous les âges.

Il n'est pas douteux que la fréquence des cas décelés tient aux conditions de la vie actuelle et à la sous-alimentation, mais il est vraisemblable aussi que le nombre croissant des cas dépistés et des congés ainsi proposés tient aux investigations méthodiquement poursuivies avec l'aide des médecins phtisiologues agréés et des médecins des dispensaires de l'O.P.H.S.

SÉANCE UNIQUE DE SEPTEMBRE 1944.

Leucolyse massive et passagère après une transfusion chez un leucémique. — MM. Aubertin, Habert et Reinert.

Asthénie musculaire douloureuse d'effort, manifestation persistante et quasi isolée dans un cas d'oxycarbonisme chronique professionnel. Action de la lactoflavine. — MM. Marcel Perrault, Bouvier et Sors.

Pronostic du cancer de l'estomac diagnostiqué et opéré au début. — MM. Gutmann, Guy Albot, J. Bertrand et Mme Parturier-Lannegrace. — Résultats éloignés des gastrectomies faites sur des cancers gastriques décelés précocement, grâce à la méthode radio-clinique, 12 malades opérés dans les deux années ayant suivi le début de la guerre sont tous en bon état actuellement.

Séance du 13 octobre 1944.

Cirrhose pigmentaire avec diabète précédée par de l'impuissance génitale post-ourlienne (sans orchite). Amélioration parallèle du diabète et de la pigmentation par le seul traitement insulinique; persistance de l'hépatomégalie et de l'impuissance. — MM. Carrié et M. Perrault.

Intoxication familiale par le bromure de méthyle. — M. Michel Gaultier. — Il s'agit de 3 cas d'intoxication, dus aux émanations par un robinet mal bouché d'un extincteur d'incendie. Un enfant de 18 mois mourut; les deux parents survécurent, mais présentent 15 jours après un tremblement accentué des membres supérieurs lors des mouvements volontaires avec spasme d'opposition.

Silicose radiologiquement évolutive plusieurs années après la cessation du travail dangereux. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille et Fabiani. — Cas d'une sableuse sur métaux qui présenta en 1938 une image nette d'une silicose. 6 ans plus tard, après cessation du métier, les images pulmonaires sont le siège d'opacité que président des topographies. Est-ce une silicose ou une silico-tuberculose ?

Un cas d'hémopéritoine spontané au cours de la fièvre typhoïde. — MM. Cathala, Sorrel, Auzepy et Sarrazin. — La complication apparut deux fois, 35 et 44 jours après le début d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le premier incident donna lieu à une laparotomie et une splénectomie. Le second fut traité par une transfusion. Ces faits rappellent les travaux de Reitz et de ses élèves.

Séance du 22 octobre 1944.

Syndrome agranulocytaire au cours d'un traitement antisyphilitique. — MM. Lechelle et Duhamel. — Cas d'un homme de 36 ans, syphilitique récent, présente au cours d'un traitement arsénobenzolique et bismuthique les symptômes d'un purpura limité aux muqueuses buccales et d'un syndrome agranulocytaire typique. Les auteurs estiment que c'est à l'arsénobenzol et au noyau benzolique que peuvent être attribués les accidents observés.

Note sur l'alcoolisme parisien. — M. Heuyer et Mlle Sauguet rappellent que, d'une part au début de la guerre et d'autre part au moment de l'offensive allemande le nombre des cas d'alcoolisme aigu s'est élevé en flèche verticale et que, d'autre part, au milieu de 1944, le chiffre des cas de psychose et de delirium tremns a été le plus faible. Ils insistent sur la diminution parallèle des psychoses de guerre et de l'alcoolisme mental au cours des trois dernières années.

Psoriasis et tétanie parathyréoprive. — MM. Justin-Besançon et Claude Laroche. — Dans un cas de tétanie post-opératoire, les accidents se sont accompagnés d'une poussée de psoriasis généralisé. Régression des deux ordres d'accidents par le traitement calcique; le psoriasis a suivi une évolution parallèle à la calcémie.

Les accidents nerveux au cours de la tétanie par hypo-parathyroïdie. — MM. Justin-Besançon et Claude Laroche. — Deux observations de tétanie d'origine hypo-parathyroïdienne certaine dans lesquelles les accidents tétaniques se sont accompagnés de troubles neurologiques qui ont régressé *en partie*, sous l'influence de la thérapeutique recalcifiante.

Syndrome de Cushing. Epilogue. — MM. R. Clément, Delorme, Callerot et Mme Hartmann. — A l'autopsie d'un jeune malade atteint du syndrome de Cushing, on trouva des adénomes cortico-surrénaux bilatéraux, une augmentation du nombre des cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse et un tubercule juxta-hypophysaire ce qui a confirmé l'atrophie des testicules et la dilatation de l'aorte athéromateuse.

Hirsutisme d'Apert et syndrome de Cushing. — MM. Clément et Mme Hartmann. — Les syndromes décrits par Apert sous le nom d'hirsutisme, par Gallois sous celui de syndrome génito-surrénal et par Cushing sous celui de basophilie hypophysaire sont cliniquement très voisins, car aucun symptôme n'appartient en propre à l'un d'entre eux et les nuances cliniques ne permettent pas d'affirmer leur origine surrénale ou hypophysaire.

Séance du 27 octobre 1944.

Spondylose rhizomélique. Cardiopathie rhumatismale. Nodosités de Meynet. — MM. Harvier, Lamotte et Albahary.

Staphylococcie maligne de la face guérie par traitement combiné pénicilline-sulfamide. — MM. Harvier, Antonelli et Albahary. — Jeune homme de 21 ans présenta à la suite d'un furoncle de l'aile du nez une staphylococcie maligne de la face avec thrombo-phlébite des sinus et staphylocoque blanc pathogène dans le sang. Amélioration par cure mixte pénicilline-sulfapyridine et deux séances de R.X. Guérison de la septicémie.

Chimiothérapie nouvelle des hyperthyréoses par l'aminothiazol (2921 RP). — MM. Perrault, Bovet et Droguet. — L'action antithyroïdienne de l'aminothiazol notée chez les ouvriers travaillant à sa production a été vérifiée par l'expérience. Le corps a été employé en thérapeutique dans la maladie de Basedow (0 gr. 40) par jour. Résultats rapides, mais exophtalmie et tremblement moins sensibles. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par les auteurs anglo-saxons par la thiourée.

Ostéomalacie infantile. — MM. Marquézy, Ch. Bach et Mme Bach.

INFORMATIONS

(Suite de la page 274)

Académie des Sciences

Prix et subventions attribués en 1944

Astronomie. — Prix Damoiseau. — Un prix de 2.000 francs est décerné à M. Paul Baize, docteur en médecine, astronome bénévole à l'Observatoire de Paris.

Médailles. — Médaille Lavoisier. — La médaille est décernée à M. Gabriel Bertrand, membre de l'Académie des sciences, professeur honoraire de l'Université de Paris, pour l'ensemble de son œuvre à l'occasion de l'Exposition Lavoisier, organisée par lui en commémoration du deuxième centenaire de la naissance de Lavoisier.

Anthropologie. — Prix André-C. Bonnet (4.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Léon Pales, professeur à l'Ecole d'applications du service de santé des troupes coloniales, pour l'ensemble de ses travaux de paléo-pathologie, d'anthropologie et d'ethnographie africaine.

Médecine et Chirurgie. — Prix Montyon. — Trois prix de 6.000 francs sont décernés :

A MM. Charles Laubry et Pierre Soulié, membres de l'Académie de médecine, pour leur ouvrage sur les maladies des coronaires. L'infarctus du myocarde. L'insuffisance coronarienne.

A MM. René Ledoux-Lebard et Jean Garcia-Calderon, docteurs en médecine, pour leur technique du radiodiagnostic.

A M. Lucien de Gennes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour ses travaux sur le traitement des insuffisances endocriniennes par les implants sous-cutanés de comprimés d'hormones.

Prix Barbier (5.000 fr.). — Le prix est décerné à MM. Albert Leulier et Paul Sédallian, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon, pour leurs travaux sur la chimie des toxines microbiennes, en particulier sur la toxine diphtérique.

Prix Bréant. — Deux prix de 10.000 francs sont décernés :

A M. Georges Curasson, inspecteur général des Services vétérinaires des colonies, pour son traité de protozoologie vétérinaire et comparée.

A M. Pierre Grazar, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour ses études immunochimiques à l'aide de méthodes analytiques quantitatives.

Prix Jean Dagnan-Bouveret. — Deux prix de 3.000 francs sont décernés :

A M. Jean Didiée, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour ses méthodes d'exploration radiologiques en coupe.

A M. André Fribourg-Blanc, médecin général, directeur du Service de santé de la région de Paris, pour son mémoire sur la prophylaxie mentale dans l'armée.

Un prix de 4.000 francs est décerné à M. André Le Grand, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, pour ses recherches expérimentales sur le bulbe rachidien.

Cancer et tuberculose. — Fondation Roy-Vaucouloux (7.000 fr.). — Les arrérages de la fondation sont attribués à Mme Albert Laborde, née Simone Frison, docteur en médecine, pour l'ensemble de ses travaux d'ordre biologique sur la radiosensibilité des tissus.

Prix Louise Darracq (6.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Sotirios Briskas, docteur en médecine, pour l'ensemble de ses recherches biochimiques sur le cuivre dans les anémies, carences et tumeurs.

Physiologie. — Prix Montyon (6.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Charles Kayser, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, pour son ouvrage intitulé : « Les échanges respiratoires des hibernants ».

Prix L. La Caze (12.000 fr.). — Le prix est décerné à M. André Rochon-Duvignaud, membre de l'Académie de médecine, pour son ouvrage intitulé : « Les yeux et la vision chez les vertébrés ».

Prix Pourat (4.400 fr.). — Le prix est décerné à M. Roger Coujard, docteur en médecine, pour son ouvrage intitulé : « Le rôle du sympathique dans les actions hormonales ».

Prix généraux. — Prix Serres (10.000 fr). — Le prix est décerné à M. Albert Dalcq, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, pour l'ensemble de ses travaux d'embryologie expérimentale.

Prix Jean-Jacques Berger (12.000 fr). — Le prix est décerné à M. Sébastien-Eugène Turchini, ancien directeur du service radiologique de l'hôpital de la Charité de Paris, qui a consacré sa vie à la radiologie et a été victime de l'effet des rayonnements, qui a nécessité de cruelles amputations.

Prix Laura Mounier de Saridakis (16.500 fr.). — Le prix est décerné à M. André Girard, docteur en médecine, pour ses découvertes dans la série des hormones sexuelles.

Fonds généraux de recherches scientifiques. — Fondation Jérôme Ponti (5.000 fr.). — Un prix est décerné à M. Jacques Pochon, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Garches, pour ses études des bactéries cellulolytiques.

Fondation Loutreuil. — 5.000 francs à la Société de pathologie comparée, pour la publication de son Bulletin dans la Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale.

Fondation Mme Victor Noury. — 3.000 francs à feu Ferdinand Gidon, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Caen, auteur de recherches d'entomologie et de paléobotanique.

Fondation Villemot. — 20.000 francs à M. Bernard Ninard, docteur en médecine, pour la publication de sa monographie des tumeurs du foie.

10.000 francs à M. Albert Peyron, professeur à l'Institut prophylactique, pour ses recherches sur le rôle de la gémellité tératologique et de la parthogenèse dans le développement des tumeurs.

CHRONIQUE

La leçon inaugurale de M. le professeur Justin-Besançon

Chaire d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie

M. le professeur L. Justin-Besançon a pris possession de la chaire d'hydrologie le 22 novembre. Anniversaire d'une date glorieuse : le 22 novembre 1918, les Français entraient à Strasbourg ! Le 22 novembre 1944, ils étaient à la veille de libérer la chère cité, et Metz était déjà délivrée !

C'est donc dans une athmosphère vibrante et sous les plus heureux auspices que le nouveau professeur a fait sa leçon inaugurale.

L'amphithéâtre est archicomble lorsqu'il fait son entrée en robe rouge, précédé du massier et accompagné par M. le recteur Roussy, M. le doyen Baudoin et le cortège professoral de tradition, composé de MM. les professeurs Léon Binet, H. Bénard, Chiray, R. Debré, Donzelot, Gastinel, Hazard, Lemierre, Pasteur Vallery-Radot, Polonovski, Villaret ; MM. les professeurs agrégés Boulin, Delarue, Delay, Guy Laroche, Mlle Jeanne Lévy.

Dans l'hémicycle, le Gouvernement provisoire de la République était représenté par M. Billoux, ministre de la Santé publique. M. Capitant, ministre de l'Education Nationale, s'était fait représenter. A leurs côtés, on remarquait MM. les doyens G.-H. Roger et Tiffeneau ; M. Georges Duhamel, de l'Académie Française ; M. Lévêque, directeur général de l'Assistance publique. Autour d'eux (je note un peu au hasard et je m'excuse des omissions), les Drs Cavaillon, Le Noir, le médecin général Rouvillois, le nouveau vice-président de l'Académie de médecine, les professeurs Rouvière, Leveuf, Fernand Bezançon, Leriche, Sézary, Laubry, André Strohl, Jean Troisier, Brumpt, Chabrol, Noël Fiessinger, Clerc, Leroux, Guillain, Carnot, Laignel-Lavastine, Chevassu, Lemaître, Tanon, Verne, Basset, Le Lorier, ainsi que M. le doyen Damiens, de la Faculté de pharmacie ; les professeurs Gilson, du Collège de France, et Max Sorre, de la Sorbonne ; Bougault, de la Faculté de pharmacie ; les Drs Sainton, Bourguignon, Huber ; les professeurs agrégés Etienne Bernard, Paul Chevallier, Brûlé, de Gennes, Mollaret, Moreau et, parmi les représentants de nos grandes stations, nos excellents collègues Flurin (de Cauterets), éminent président du thermalisme français et des congrès internationaux d'hydroclimatologie ; M. Binet (de Vichy) ; Pierre-Noël Deschamps (de Royat) ; Pierret et Jumon (de La Bourboule) ; du Pasquier (de Saint-Honoré) ; Estradère (de Luchon) ; Marcotte (de Vittel) ; Jean Cottet (d'Evian) ; Rouveix (de Bourbon-Lancy).

M. le Doyen, dans une allocution de haute tenue, présente le nouveau professeur : « Par ses beaux travaux, dit-il, M. Justin-Besançon ajoutera un nouvel éclat à l'hydrologie française ». M. le Doyen fait un rapide historique de la chaire, qui s'imposa comme elle s'était imposée d'abord à Toulouse et à Bordeaux. Il indique le rôle complexe du professeur d'hydrologie : maître, chercheur, propagandiste. M. le professeur Justin-Besançon remplit pleinement les conditions nécessaires pour occuper dignement la chaire.

M. Justin-Besançon prend alors la parole. Sa leçon, disons-le tout de suite, fut un brillant feu d'artifices. L'orateur, avec beaucoup de finesse, décoche un mot, un trait, jamais une méchanceté : souvent il marque une pointe d'émotion. L'auditoire souligne certains passages par ses applaudissements enthousiastes ou par de discrets murmures d'approbation.

C'est aux membres du Gouvernement et en particulier aux Ministres de la Santé Publique que vont les premières phrases de remerciement de l'orateur. Puis il se tourne vers M. le recteur Roussy et remercie celui qui « resta à la barre pendant la tempête », en 1940. Au doyen, il dit sa gratitude et son admiration pour la fermeté avec laquelle il sut « servir, résister, maintenir ».

A tous ses collègues il exprime sa reconnaissance, puis, se tournant vers les étudiants, il se rapproche immédiatement de leur cœur en leur déclarant qu'il est un parisien de Paris et en retraçant ses années de jeunesse dans la capitale.

Faisant un retour en arrière, il fait l'éloge de ses maîtres : Gosset, Lecène, Mondor, Etienne May, Sainton, Sézary, Thiroloix. Il dit avec beaucoup d'émotion tout ce qu'il doit au doyen Roger, « grand Seigneur de l'esprit qui a bien mérité de a France, de la médecine et de l'humanité qui pense ». Il adresse une respectueuse pensée à ses maîtres disparus : Fernand Widal, dont la compagne s'est éteinte sans avoir eu l'immense joie d'assister à la Libération ; Marcel Labbé, dont les deux fils sont tombés récemment pour la France, Octave Crouzon. Puis il s'adresse au professeur André Lemierre. Il évoque l'exemple de clinicien et de patriote que ce grand médecin français a offert à ses contemporains. Il rappelle ses beaux travaux écrits « d'une plume calme et claire et donnant l'impression du solide, du vécu, du vrai ». Il lui exprime l'hommage de la reconnaissance que tous lui conservent pour son action soutenue et inflexible pendant les années d'occupation.

Avec une émotion visible, M. Justin-Besançon rappelle les étapes de la splendide carrière du professeur Pasteur Vallery-Radot, sa noble attitude dans la résistance. Il évoque ces mois de clandestinité, où le nouvel académicieln s'appelait M. Renoir et, aux applaudissements de l'auditoire, il lui répète ce qu'il avait dit lui-même d'Emile Roux : « Il fut aussi grand par le caractère que par l'esprit ».

Le nouveau professeur d'hydrologie pouvait-il ne pas saluer ceux qui l'ont précédé dans cette chaire, mais aussi ceux dont les travaux thermo-climatiques ont préparé l'avènement de l'enseignement actuel : les professeurs Paul Carnot, Rathery, Harvier, Etienne Chabrol, qui ont été les pèlerins enthousiastes de nos stations, et surtout les deux premiers titulaires de la chaire d'hydrologie, auxquels il rend un hommage ému : Maurice Villaret, auquel l'unit une affection fidèle, et qui a été l'apôtre du thermo-climatisme social, et Chiray, qui a mis au service de l'hydrologie sa maîtrise incontestée de clinicien. De chauds applaudissements saluent les noms des deux premiers titulaires de la chaire. Tous ces maîtres n'ont-ils pas été les ardents propagandistes des merveilleuses ressources du domaine thermal de la France ?

C'est par un historique de la climatologie que M. Justin-Besançon entre dans son enseignement.

Le ciel de l'Egypte et de la Grèce, les flots bleus de la mer Ionienne et de la mer Egée invitaient assurément à la climatothérapie, à l'héliothérapie, à la thalassothérapie. Aussi ces ressources étaient-elles bien connues de l'Hellade, et Hippocrate en trace les grandes lignes dans son traité des airs, des eaux et des lieux. Les Romains, déjà maîtres en thermalisme, lancent les cures climatiques. Du moyen âge au xviiie siècle, la place nous manque pour suivre le développement de cette brillante leçon, qui nous fait passer de l'empirisme des anciens au penser scientifique des modernes.

Puis M. Justin-Besançon évoque le rôle médical et social de la climatologie pour terminer par quelques mots sur la climatologie éternelle, l'ambiance spirituelle et intellectuelle des climats. Il évoque des lignes inédites de Georges Duhamel, avec lequel il se trouvait à Marrakech quatre ans avant que Winston Churchill n'y vînt abriter sa convalescence.

Il se penche enfin sur les stations françaises si éprouvées par la guerre et en état de mort apparente. « Il faut leur redonner la vie », dit-il, car, au point de vue thérapeutique comme au point de vue social, elles ont un grand rôle à jouer dans la rénovation de la France.

En terminant, l'orateur fait appel aux efforts de la jeunesse ardente qui vient d'avoir ses martyrs. Elle sait qu'il faut travailler pour relever le pays ; il travaillera avec elle, il met en elle toute sa confiance.

C'est sur cette parole d'espoir que prit fin, au milieu d'une ovation prolongée, la belle leçon du nouveau professeur.

F. L. S.

Dépôt légal. — 1944. — 4e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd
Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe)

TABLE DES MATIÈRES

N° 19. — 15 DECEMBRE 1944 — 117e ANNEE — Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Mutations des chefs de service. — Gynécologues-accoucheurs : A la Maternité, professeur Portes, de Baudelocque ; à Baudelocque, M. Lévy-Solal, de Saint-Antoine ; à Saint-Antoine, M. Lacomme, de Tenon ; à Tenon, M. Digonnet ; à Boucicault (maternité réouverte), M. Ecalle, de Bretonneau ; à Bretonneau, M. Sureau.

Faculté de Médecine de Paris

Election d'un professeur sans chaire. — Dans sa séance du 23 novembre 1944, le conseil de la Faculté a procédé à l'élection d'un professeur sans chaire. M. Guy Laroche a été élu.

Vacances de Noël et du Jour de l'an 1945. — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens), vaquera du dimanche 24 décembre au mardi 2 janvier 1945 inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le mercredi matin, 3 janvier.

Secrétariat. — Les bureaux du secrétariat seront fermés les jours de Noël et du 1er janvier. En dehors de ces deux jours, le secrétariat sera ouvert comme en période normale. Toutefois, les audiences des lundis, mercredis et vendredis du secrétaire et du secrétaire-adjoint n'auront pas lieu.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée du dimanche 24 décembre au mardi 2 janvier inclus.

Une séance spéciale pour le service du prêt aura lieu le samedi 30 décembre, de 14 à 16 heures.

Facultés de province

Lyon. — M. le professeur Herman, ancien doyen, a été réélu doyen, en remplacement de M. Jean Lépine, retraité.

M. Bourret a été titularisé dans ses fonctions de chef des travaux de médecine légale.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Denéchau, professeur de clinique médicale, a été nommé provisoirement directeur de l'Ecole.

Légion d'honneur. — GUERRE. Chevalier (à titre posthume). Médecin de 2e classe Pouységur, du régiment des sapeurs-pompiers de Paris. A trouvé une mort glorieuse, le 17 août 1944, dans l'accomplissement de son devoir.

(Croix de guerre avec palme.)

Chevalier : Médecin capitaine Lajournade, du N° régiment de tirailleurs.

(Croix de guerre avec palme.)

Médaille militaire. — Médecin auxiliaire Armstrong, du N° régiment de tirailleurs ; médecin auxiliaire Plancke, du groupe de commandos d'Afrique ; médecin auxiliaire Ferrand, bataillon de choc.

(Croix de guerre avec palme.)

Citations à l'Ordre de l'Armée. — Médecin capitaine Soumaire, N° bataillon médical ; médecin sous-lieutenant Stefanini, bataillon de choc ; médecin général Hugonot, directeur du service de santé du C. E. F. ; Berge, médecin capitaine goums marocains (déjà cité en Italie).

(Croix de guerre avec palme.)

Santé publique

Conseillers techniques permanents. — Par arrêté du 9 décembre 1944, sont nommés conseillers techniques permanents du ministère de la santé publique :

M. le Dr Justin-Besançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Mlle le Dr Jeanne Lévy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Directeur régional. — M. le Dr Cayet, directeur régional de la santé et de l'assistance, à Dijon, est affecté en la même qualité à Strasbourg.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Par suite de la réorganisation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, une première série de places d'auditeurs sont déclarées vacantes dans les catégories suivantes :

Bactériologistes : une place.

Docteurs en médecine : une place.

Chimistes, physiciens, pharmaciens : une place.

Fonctionnaires sanitaires : une place.

Ingénieurs, hydrologues, géologues, architectes : deux places.

Les auditeurs sont nommés par le ministre sur une liste double de présentation établie par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Une nomination de membre sur deux leur revient de droit.

Les intéressés ont un délai expirant le 1er janvier 1945 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres dans un dossier qui devra être adressé au ministère de la Santé publique (direction de la santé, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — Un décret en date du 26 novembre 1944 fixe la composition et règle le fonctionnement de la Commission permanente. La Commission comprend des membres de droit, parmi lesquels le directeur de la santé, le secrétaire général de l'Institut d'hydrologie, le professeur d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de médecine de Paris.

Trente-deux membres nommés par arrêté, dont un membre de l'Académie de médecine, et huit médecins hydrologues, enfin dix membres désignés parmi les personnalités compétentes en thermalisme.

Sanatoriums publics. — Par arrêté du 2 décembre 1944, M. le Dr Weigert, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet, est réintégré dans ses fonctions, à compter du 22 août 1940, sous réserve du préjudice subi dans ses grades, fonctions, droits et situation.

Hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté en date du 29 novembre 1944, M. le Dr Hecaen, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche), est détaché auprès du ministère de la guerre en qualité de médecin traitant de neuro-psychiatrie de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Par arrêtés en date du 4 décembre 1944 :

M. le Dr Sizaret (Jean), médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de La Roche-Gandon (Mayenne), est nommé, sur sa demande, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine), en remplacement de M. le Dr Daussy affecté à d'autres fonctions.

M. le Dr Adnes est nommé médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) (poste vacant).

Inspection de la santé. — Par arrêté en date du 20 novembre 1944, M. le Dr Lemoyne (Firmin), a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département de la Drôme, au maximum pour la durée des hostilités.

Par arrêté en date du 28 novembre 1944, M. le Dr Fournier, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Indre, est affecté, en la même qualité, dans le département du Calvados, à compter du 1er novembre 1944.

Par arrêté en date du 30 novembre 1944, Mlle le Dr Mangin (Marguerite) est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de Meurthe-et-Moselle, au maximum pour la durée des hostilités.

Croix-Rouge française. — Sur la proposition du Ministre de la Santé publique, M. le professeur Justin-Besançon, conseiller technique permanent du ministère de la Santé publique, a été nommé président de la Croix-Rouge française.

Collège de France. — Par décret en date du 7 décembre 1944, l'administrateur du Collège de France est autorisé à accepter le legs universel consenti au Collège de France par Mme Emilie Valade, veuve du professeur d'Arsonval.

Académie des sciences morales et politiques. — Prix décernés en 1944 :

Prix Dagnan-Bouveret. — Un prix de 7.000 fr. à M. le Dr René Porak, ancien professeur de clinique médicale à l'Université Aurore, de Chang-Haï, pour son ouvrage : « Un village de France (psycho-physiologie du paysan) ».

Une récompense de 2.000 francs à M. le Dr Bonnardel, pour son ouvrage : « L'adaptation de l'homme à son métier ».

Prix François-Joseph Audiffred. — Un prix de 10.000 francs au médecin colonel Muraz, pour : « Sa lutte en A. O. F. et au Togo contre la maladie du sommeil ».

Prix Corbay. — 1.000 francs au Cercle des Jeunes de Saint-Séverin, en la presonne de son directeur, M. l'abbé André Lereboullet (fils du regretté professeur Pierre Lereboullet).

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres. — A la suite des élections au Conseil d'administration, celui-ci, pour l'année 1945, est ainsi composé :

Présidents d'honneur : MM. Cathelin, Clément Simon, Descomps, Beaussenat, A. Vernes.

Président : M. R. Vaudescal. Vice-présidents : MM. G. Blechmann - Fourmestreaux, Leriche, Lonjumeau.

Secrétaires généraux : MM. J.-A. Huet, M. Delort. Trésorier : M. A. Ribardière.

Membres du bureau : MM. Ausset, Baumel, Chailly, Courtois, Denet, Desaux, Nora, Renard, Dannin.

Conseil juridique : Me M. Garçon. Bibliothécaire archiviste : M. Houzel.

La désinfection des locaux d'habitation par l'acide cyanhydrique. — Le « Journal Officiel » du 10 décembre 1944 publie un arrêté relatif à l'emploi de l'acide cyanhydrique, ou de ses dérivés, pour la désinfection des locaux d'habitation. Cet arrêté fixe les conditions d'autorisation de cette désinfection, ainsi que celles de son emploi par un personnel spécialisé.

Mariage

Le Dr Louis Martin, grand'croix de la Légion d'honneur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur honoraire de l'Institut Pasteur, et Mme Louis Martin ; le Dr René Martin chevalier de la Légion d'honneur, médecin chef de l'hôpital de l'Institut Pasteur, et Mme René Martin, font part du mariage de Mlle Alice Martin, leur petite-fille et fille, avec M. Pierre Plessier, externe des hôpitaux de Paris.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 20 décembre 1944 en l'église Saint-Jean-Baptiste-de-la-Salle.

Nécrologie

— Le Dr A. Frinault, tué au cours du bombardement de Laigle, le 7 juin 1944, alors qu'il soignait les blessés de l'hôpital.

— Le Dr Magnon, à Villeurbanne.

— Le Dr Paul Picquet, à Roubaix.

— Le Dr Jules Sébilleau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes. Intérêts professionnels.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le nouvel Ordre des Médecins

Ordonnance créant des organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales. — Le « Journal Officiel » du 12 décembre 1944 a publié une ordonnance nouvelle réglementant l'exercice de la médecine et des professions paramédicales jusqu'à la reprise de l'activité des syndicats et la création d'un nouvel Ordre des Médecins. En voici les grandes lignes :

Dans chaque département est institué un Conseil départemental des médecins, dont les membres (6 ou 12) sont nommés par le préfet sur la proposition du comité médical départemental de la libération. Il est créé, de même, dans chaque département, un conseil des praticiens de l'art dentaire et un conseil des sages-femmes.

Dans chaque région il est constitué un Conseil régional (de 8 à 10 médecins) nommé par le commissaire régional de la République, sur la proposition des comités médicaux départementaux de la région.

Le Conseil départemental est chargé de la défense et de la gestion des intérêts professionnels.

Le Conseil régional a la garde de l'honneur et de la discipline de la profession.

Il est institué un Conseil supérieur des médecins, dont les membres sont nommés par arrêté du ministre de la Santé publique, sur la proposition du comité médical de la Résistance.

Le Conseil supérieur veille à l'honneur et à la discipline de la profession. Il assure également la défense et la gestion des intérêts professionnels. Sa compétence s'étend aux praticiens de l'art dentaire et aux sages-femmes.

Il est composé de 25 membres, dont 7 représentent le département de la Seine.

Le Conseil supérieur désigne un président, un vice-président et un secrétaire général.

Pour l'examen des questions concernant les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, il est complété par une commission de 16 praticiens de l'art dentaire ou par une commission de 12 sages-femmes.

Une section d'appel disciplinaire est constituée au sein du Conseil supérieur. Cette section comprend 6 médecins désignés par le ministre.

Le montant et la répartition des cotisations à percevoir par les Conseils départementaux est déterminé par le Conseil supérieur.

Enfin le Conseil supérieur et ses deux commissions, ainsi que les Conseils départementaux, sont dotés de la personnalité civile.

Le rétablissement des syndicats médicaux

L'ordonnance du 15 décembre 1944, relative au rétablissement des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, a été publiée au « Journal Officiel » du 17 décembre 1944.

Les syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, existant au 16 juin 1940 et dissous par l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français, sont rétablis dans les droits et attributions qu'ils possédaient à la date de leur dissolution.

Les syndicats sont régis par les dispositions du livre III du Code du travail, sous réserve de quelques dispositions relatives notamment au fait de collaboration.

Les bureaux et autres organismes directeurs des syndicats ne pourront reprendre leur activité que sur décision des commissions de reconstitution.

En vue d'assurer la reconstitution rapide des organisations syndicales de médecins, il est institué :

1° Une commission nationale de reconstitution des organisations syndicales de médecins, pour les organisations à caractère national ;

2° Des commissions départementales de reconstitution des organisations syndicales de médecins, pour les organisations à caractère départemental ou local.

Comité national des médecins français

Une réunion d'information du Comité national des médecins français (adhérents au Front National) destinée à préciser les conceptions nouvelles concernant la médecine, s'est tenue dans l'intimité, le 10 décembre, à 10 heures du matin, à la mairie du 8e arrondissement, à Paris, sous la présidence du professeur F. Bezançon, assisté des professeurs Debré et Funck-Brentano.

Ces derniers ont montré devant une assistance très nombreuse quel a été le rôle du Comité national pendant la clandestinité et l'insurrection ; ils veulent poursuivre leur action après la Libération.

Faisant appel à tous, sans distinction de parti, ils se proposent d'améliorer les études médicales, la pratique de la médecine, le régime des Assurances sociales, de combattre les fléaux sociaux parmi lesquels on doit placer l'alcoolisme qui, avant la guerre, ne figurait pas dans les rapports budgétaires du Ministère de la santé (« Gazette des Hôpitaux », 8 février 1933).

Le professeur Bezançon a clos la séance en invitant les organisateurs à renouveler de telles réunions.

J.-M. Le Goff.

Ces réunions d'information sont très utiles, elles évitent des incidents, comme celui qui vient de se produire en Angleterre. Suivant une information du « Daily Mail » du 8 décembre 1944, la « British Medical Association » se refuserait, par 200 voix contre 1, à l'application du nouveau plan gouvernemental d'assistance médicale et demanderait une refonte complète de ce règlement.

J.-M. L. G.

Renseignements

Important poste ophtalmologie, à céder Auvergne. S'adresser bureaux du Journal.

LES POSITIONS DE FONCTION DANS LES ANKYLOSES MULTIPLES DES MEMBRES INFÉRIEURS

par M. LANCE
Membre de l'Académie de Chirurgie

Dans un article antérieur (*Gazette des Hôpitaux*, 14-17 février 1940, n°s 13-14, pp. 113-122), nous avons cherché à établir quelle est, dans le cas d'ankylose articulaire, la position la plus favorable au fonctionnement du membre. C'est cette « position de fonction » qu'il convient de chercher à obtenir lorsqu'une ankylose tend à se produire, et il en découle des conséquences quant à l'appareillage.

Dans ce travail, ne considérant que le cas habituel, nous n'avons envisagé que l'ankylose d'une seule articulation dans un membre. Nous n'avons envisagé aussi (sauf pour l'ankylose des deux coudes qui donne lieu à des considérations importantes), que l'atteinte d'un seul membre.

De nombreux exemples, tirés soit de la pratique civile, soit des expertises militaires, nous ont montré que les ankyloses multiples d'un seul membre ou de deux membres n'étaient pas rares, surtout aux membres inférieurs. Nous avons pu constater les terribles infirmités qu'elles peuvent entraîner, et nous voudrions montrer ici comment on pourrait améliorer le sort de ces mutilés, ce qui nous amènera parfois à chercher une position de fonction différente de celle qui convient à la mono-ankylose.

Ankylose des deux hanches. — Elle est de beaucoup l'association la plus fréquente, c'est aussi celle qui a été le mieux étudiée. Elle reconnaît surtout comme origine la coxalgie double (voir rapport L. Allard, XIXe Congrès d'orthopédie, *in Revue d'orthopédie*, sept. 1937, pp. 449-479, et A. Richard, *Traité de chirurgie orthopédique*, 1937, t. IV, p. 3477), la spondylose rhizomélique, l'arthrite déformante de la hanche (voir P. Mathieu, *Traité de chirurgie orthopédique*, t. IV, p. 3517), les polyarthrites infectieuses.

La coxalgie double n'est pas très rare (6 à 8 % des coxalgies, Allard). Elle entraîne exceptionnellement une ankylose complète des deux côtés : l'un des deux conserve souvent une certaine mobilité. L'ankylose double en rectitude constitue une infirmité effroyable. La marche avec deux cannes s'effectue au moyen d'une véritable reptation, en faisant pivoter le bassin alternativement sur un membre, puis sur l'autre. Le pas est minuscule, mais s'allonge un peu par la suite par la création d'une certaine laxité articulaire dans les genoux. Les déplacements restent très pénibles et fatigants.

La position assise n'est possible qu'à califourchon sur un siège élevé spécial. La montée et la descente des escaliers est pratiquement impossible. Il faut y ajouter chez la femme « les difficultés de la miction, défécation, des fonctions génitales, de l'accouchement » (Richard).

Comme dans la coxalgie double, l'évolution n'est pas simultanée des deux côtés ; on a proposé de laisser le deuxième côté se luxer, pour obtenir une néarthrose mobile. Si l'ankylose est constituée, on peut pratiquer la résection large en fin d'évolution (Richard), ou l'ostéotomie plastique intertrochantérienne.

Quelle que soit son origine, en présence d'une ankylose double en extension, si l'on veut améliorer la situation de l'infirme, on a le choix entre deux méthodes : 1° Chercher à obtenir la mobilité d'une hanche par la résection large. C'est ainsi qu'on a pratiqué avec succès des résections arthroplastiques dans la spondylose rhizomélique (P. Mathieu), mais les résultats éloignés sont souvent décevants : l'ankylose se reconstitue. Il faut alors, par appareillage, favoriser la réankylose en flexion entre 30 et 40°. 2° On peut aussi obtenir cette attitude par ostéotomie (Ombrédanne). Ou encore, comme nous l'avons fait chez un de nos malades, par appareils successifs en flexion. Si cette attitude facilite la position assise, les soins de propreté, la montée d'un escalier, la marche, reste très difficile : pour poser le pied du côté fléchi, le malade est obligé d'incliner le trono en avant. Or, dans la spondylose rhizomélique, les sacro-iliaque et le rachis lombaire sont soudés dès le début, aussi l'inclinaison du tronc est poussée à l'extrême. Il en résulte une série de salutations disgracieuses et fatigantes. Aussi le malade préfère-t-il parfois la marche oscillante avec des béquilles.

Ankylose de la hanche et du genou du même côté. — Il nous a été donné d'observer cette association chez plusieurs blessés de guerre. On la voit aussi chez des coxalgiques ayant porté pendant plusieurs années des plâtres immobilisant la hanche et le genou. Cet enraidissement du genou sain cède chez l'enfant à un traitement approprié, chez l'adulte il peut rester définitif.

Si l'ankylose est en rectitude pour les deux articulations, il en résulte une grande difficulté de la marche : le membre est trop long, surtout s'il s'y joint de l'équinisme du pied, du fait d'un décubitus très prolongé. La progression se fait avec le membre sain, le tronc est ensuite incliné sur ce même côté, et le membre ankylosé est ramené, la pointe du pied raclant le sol, au niveau de son congénère. Cette marche entraîne une fatigue rapide, ainsi que l'usure du soulier du côté enraidi.

La montée et la descente des escaliers se fait avec le membre sain.

L'infirme est dans l'impossibilité de s'asseoir sur un siège ordinaire, ce que peut faire l'ankylosé de la hanche qui a conservé la mobilité du genou. Il s'assied en effet sur la fesse du côté sain, la cuisse ankylosée débordant hors de la chaise, le genou fléchi au delà de l'angle droit pour un sujet de taille moyenne, à angle très aigu pour un sujet de haute taille. Ici, le genou étant ankylosé, la position assise nécessite un siège spécial très élevé.

Certaines positions considérées comme vicieuses peuvent améliorer la fonctions de ces infirmes. Un certain degré de flexion de la hanche et du genou (20 à 30° chacun), constitue un gros avantage pour la position assise, la montée des escaliers. Mais le membre est plus court de 6 à 8 centimètres, aussi la marche se fait-elle en équinisme maximum avec appui sur le talon antérieur du pied.

Un certain degré d'adduction du membre qui augmente le raccourcissement par bascule du bassin est aussi favorable. Nous avons vu récemment une jeune fille, ancienne coxalgique, avec une ankylose de la hanche en adduction et du genou en rectitude, qui nous était adressée pour corriger, par ostéotomie, cette adduction. Nous ne l'avons pas fait, car du fait de sa position vicieuse, son raccourcissement passait de 1 centimètre (raccourcissement vrai), à 6 centimètres (raccourcissement par bascule du bassin) ; de ce fait, elle marchait facilement en équinisme, s'asseyait sur un siège ordinaire, le membre ankylosé croisé sur l'autre, montait les escaliers. Un redressement aurait aggravé son état fonctionnel.

Ankylose de la hanche et du genou opposé. — Cette association constitue une infirmité aussi importante que la précédente, comme il m'a été donné de le constater chez un blessé de guerre. La marche est très pénible, l'ankylose du genou rendant le seul membre oscillant trop long, ce qui oblige à une inclinaison du tronc du côté opposé à chaque pas. Aussi le blessé lui préfère-t-il l'emploi de béquilles.

La position assise, possible en théorie, est vite intenable, la double ankylose ne permettant qu'un appui sur le bord du siège. L'infirme ne peut pas se chausser, enfiler son pantalon ; il ne peut ni monter, ni descendre un escalier ; monter sur un trottoir, constitue un problème. Enfin il lui est impossible de s'accroupir, ce qui constitue une gêne considérable pour les besoins naturels.

Cet état est susceptible d'être très amélioré par une ankylose du genou en flexion (30 à 40°), facilitant la marche, la position assise, la montée des marches. C'est ce que j'ai obtenu par ostéotomie chez ce blessé, qui était venu me demander une amputation de cuisse.

Ankylose des deux genoux. — Bien que moins sévère, cette infirmité est encore très grave. Nous avons récemment examiné un blessé qui, en 1916, avait eu les deux genoux traversés par un schrapnell et conservait une ankylose double en rectitude. Il marche, penché en avant, à petits pas. En effet, le pied se pose au sol par le talon, mais le genou ne se fléchissant pas pendant le double appui, le cou-de-pied ne peut se dérouler, le tronc lancé en avant entraînant avec lui le membre inférieur. De même, après le passage de la verticale, le genou restant étendu, sous la poussée du poids du corps et celle de la contraction du triceps sural du membre postérieur, le malade tend à tomber en avant, il est obligé d'amener rapidement au sol le membre opposé. Aussi le pas est-il très petit. La fatigue survient très vite, au bout de dix minutes.

Cet homme, qui habite un pays de montagne, peut avancer sur une pente montante, mais ne peut descendre sans un bâton, perdant l'équilibre, il risque de tomber en avant.

La course, la bicyclette, la montée et la descente d'un escalier sont impossibles. Sur un siège ordinaire, il ne peut s'asseoir que sur le bord, position rapidement fatigante. Pour se relever de la position assise, il faut qu'il se soulève avec les mains.

Genou et cou-de-pied du même côté. — L'immobilisation du cou-de-pied est une complication fréquente de l'ankylose du genou, non pas par lésions de l'articulation, mais par rétraction musculaire fixant le pied en équin irréductible. Ceci résulte soit d'immobilisation prolongée en attitude vicieuse, soit de lésions étendues, pertes de substance, cicatrices rétractiles des muscles du mollet. La marche est alors difficile : le membre est trop long, la pointe traîne sur le sol et ne peut franchir la verticale que par une inclinaison du tronc du côté opposé, qui nécessite l'appui d'une canne. Si le blessé, ankylosé du genou seul, est obligé pour descendre un escalier de poser les deux pieds alternativement sur chaque marche, le côté ankylosé le premier, il peut arriver à le monter normalement, en ne posant qu'un pied sur chaque marche. Pour cela, quand c'est le tour du côté ankylosé, il incline le tronc du côté opposé, lance le membre en avant, présentant le pied au maximum de la flexion dorsable possible, pour raccourcir le membre et soulager d'autant la flexion du tronc.

L'ankylose du pied en équinisme rend cette façon de faire impossible et oblige à poser les deux pieds successivement sur la marche, ce que la longueur du membre ankylosé rend déjà difficile.

Une correction de l'équinisme s'impose soit par redressements successifs, soit au besoin par correction sanglante (allongement du tendon d'Achille par dédoublement, tarsectomie dorsale cunéiforme). Nous avons depuis longtemps (voir : Sur l'équinisme consécutif aux plaies de guerre, M. Lance, *Presse Médicale*, n° 62, 8 novembre 1917), inisisté sur le fait que l'ankylose du pied à 90° sur la jambe constitue encore de l'équinisme, car pour que le pas antérieur puisse se faire normalement, il faut que le pied resté en arrière puisse se fléchir sur la jambe de 15 à 30°, selon la longueur du pas. En cas d'ankylose, sa marche ne peut se faire que par un subterfuge : marche en rotation externe du membre rapidement fatigante. La position idéale pour un pied ankylosé est donc une légère flexion dorsale de tout le pied ou, si l'arrière-pied conserve une ankylose irréductible en équinisme, le relèvement de l'avant-pied par résection cunéiforme dorsale. Le relèvement de l'avant-pied et du talon donnent à la plante la forme « en patin » que l'on obtient involontairement dans la cure des pieds bots congénitaux, quand l'astragale n'a pas repris sa place dans la mortaise. Cette forme arrondie de la plante permet son déroulement sur le sol pendant la marche et la facilité.

Ankylose des deux cou-de-pied. — L'ankylose du cou-de-pied à angle droit gêne déjà la marche en empêchant le déroulement du pied sur le sol. Mais ici, le genou étant libre, la progression s'exécute selon un mode bien étudié par C. Ducroquet : la marche en flexion. A la longue, une compensation s'établit : par distension progressive des ligaments postérieurs du genou, il se crée un *genu recurvatum* qui remplace la flexion dorsale du pied.

Lorsque l'ankylose est en équinisme marqué, la marche devient très difficile (marche avec deux cannes). Elle devient totalement impossible s'il s'y joint une rétraction des orteils en griffe. Nous avons observé cet enroulement vers la plante dans un pied bot double post-phlébitique et dans un autre cas de poliarthrite infectieuse.

Ici, répétons-le, il ne suffit pas d'une correction du pied à 90° sur la jambe : un léger talus est l'idéal, ou à son défaut la correction « en patin » que donne une large résection cunéiforme du dos du pied. Au besoin on y adjoint la ténotomie des fléchisseurs qu'impose le redressement des orteils.

Ankyloses multiples des deux membres inférieurs. — Il existe enfin une catégorie de malades présentant des ankyloses de presque la totalité des articulations des membres inférieurs. Nous suivons depuis longtemps deux de ces malades. Ces ankyloses sont la conséquence de polyarthrite infectieuse aiguë, de nature indéterminée. Avec une ankylose des deux hanches et des deux genoux, ces malades peuvent se déplacer soit à béquille, soiot même avec une canne, à condition que les pieds ne présentent pas d'équinisme, sinon la station debout et le déplacement ne sont possibles qu'à béquilles.

La position assise sur siege élevé peut être obtenue si une hanche et un genou sont ankylosés en légère flexion. Dans ce cas, la progression se fait sur le pied mis en équinisme. La montée des marches, par contre, n'est possible que si le pied du membre fléchi est à angle droit. La marche se fera alors avec une béquille du côté fléchi devenu trop court. Cette attitude en flexion légère (20 à 30°) d'une hanche, d'un genou et pied à 90°, alors que l'autre côté reste en rectitude, semble la meilleure solution dans la majorité de ces grandes infirmités.

***

On voit d'après les exemples précédents, combien fréquentes dans ces ankyloses multiples se présentent les exceptions aux règles formulées pour l'ankylose d'une seule articulation. C'est une affaire d'appréciation pour chaque cas particulier.

Ces positions de fonction d'exception peuvent être décidées à l'avance à titre préventif au cours de la maladie au moyen d'appareillages appropriés. Quand on se trouve, cas ordinaire, en face des ankyloses constituées, il faudra, après discussion avec l'infirme, pratiquer les corrections jugées utiles.

Dans certains cas on pourra tenter le rétablissement partiel des mouvements articulaires par résection arthroplastique. Dans l'immense majorité des cas, les interventions : redressements forcés, allongements tendineux, ostéotomies, résections orthopédiques, ne visent qu'à constituer une ankylose dans une nouvelle position fonctionnellement meilleure ou plutôt moins mauvaise.

Ces grandes mutilations soulèvent un autre problème, c'est celui du taux d'incapacité permanente quand il s'agit de régler les indemnités ou rentes, qu'il s'agisse d'accidents, maladies ou blessures de guerre. La question de ces évaluations se pose d'après la législation actuelle (loi du 24 juin 1919, modifiée par celle du 28 juillet 1921), non seulement pour les blessés de guerre, mais pour toutes les victimes civiles de la guerre, qui sont malheureusement déjà si nombreuses.

Il ne faut pas perdre de vue que ce qu'il importe d'évaluer, ce n'est pas l'incapacité isolée due à chacune des lésions. Car, d'après la législation pour les infirmités multiples (art. 11, loi du 31 mars 1919), si le taux d'invalidité est calculé intégralement pour l'infirmité la plus importante, pour les suivantes elle ne porte plus que sur la validité restante, et elles arrivent ainsi à ne majorer que très faiblement l'indemnisation de la première. Ce qu'il importe d'évaluer, c'est l'*incapacité fonctionnelle totale* du membre ou des deux membres. C'est ainsi que l'ankylose de la hanche, du genou, du cou-de-pied d'un seul côté est fonctionnellement plus grave qu'une amputation de cuisse, avec un moignon non douloureux, appareillée avec un pilon articulé. L'ankylose d'une hanche et du genou opposé ne permet que la progression à béquilles. La plupart de ces polyankylosés ne peuvent accomplir sans une aide la plupart des actes de la vie courante.

C'est le rôle de l'expert de mettre en évidence la gravité de ces cas particuliers et de demander pour eux l'application (articles 10 et 12 de la loi du 31 mars 1919 et loi du 22 juin 1935), les majorations de pension et surpensions prévues.

On voit, d'après ces brèves notes, combien est importante l'étude des troubles fonctionnels de ces blessés atteints d'ankyloses multiples des membres inférieurs.

L'accouchement électrique. — Technique et résultats. M. Frédéric Benoit. *La gynécologie.* 41e année, mars-avril 1944, p. 54.

L'accouchement électrique sans danger pour la mère ni pour l'enfant d'après l'expérience de l'auteur, permet d'obtenir des accouchements rapides et analgésiques ; au moyen d'un courant alternatif à basse fréquence, modulé à volonté on améliore les contractions utérines qui deviennent considérablement plus efficaces car elles sont plus énergiques, plus prolongées, plus nombreuses ; d'autre part, la dilatation du col est bien plus rapide si bien que l'accouchement s'effectue avec une courte durée d'une heure environ chez une multipare, une heure et demie chez une primipare.

SIMPLE NOTE SUR LE MÉCANISME DE L'EFFICIENCE HORMONALE

par Maurice Wahl (Marseille).

Je pense que c'est une erreur au point de vue biologique de croire qu'une hormone règle une fonction. Une hormone est une substance qui permet à la matière vivante certaines activités chimiques. Il advient simplement, qu'au niveau de certains organes ces activités chimiques se traduisent électivement par la mise en œuvre d'une fonction biologique. Ces modifications biologiques peuvent servir de preuves ou de tests de la présence de l'hormone, elles n'expliquent nullement l'action hormonale *qui est beaucoup plus simple que la mise en œuvre fonctionnelle d'un organe quel qu'il soit, mais aussi beaucoup plus étendue.*

Les hormones se comportent comme des facteurs directs des excitants automatiques de certaines activités tissulaires spécialisées ou de certaines activités glandulaires, mais il existe des conditions fort nombreuses à la mise en jeu de ces activités : il faut remarquer leur diversité et leur multiplicité.

Voici quelques exemples : la lumière solaire, pour ce qui concerne l'activité génitale de l'hypophyse.

La chaleur : une température optima de 15 % semblerait requise pour que le testicule secrétât dans les meilleures conditions.

L'équilibre minéral, en particulier, le rapport des ions K/Cl, l'acidité ionique (variable pour chaque glande).

Contrairement à ce que croyait Gley, l'activité endocrine est souvent réglée par le système nerveux, tout comme celle des glandes à sécrétion externe.

Sa mise en jeu dépend étroitement des conditions nutritives dans lesquelles est placée la glande, en particulier de la présence de produits de nutrition étroitement spécifiques, parfois de la présence de proportions déterminées de vitamines. Le fonctionnement des glandes endocrines est beaucoup plus variable que celui des glandes à sécrétion externe.

En expérimentant avec des hormones ou des stimulants déterminés, on peut donc obtenir, dans les cas pathologiques, des effets toxiques, des effets inverses de ceux normaux (décoloration du plumage des gallinacées par un excès d'hormone thyroïdienne, observé par M. Sainton), des effets tout à fait nouveaux ou tout simplement des effets nuls. Tout cela dépend des doses, des conditions biologiques, du sexe « de la phase d'activité » de la glande (pour les glandes à activité cyclique).

Ici apparaissent comme particulièrement fragiles les notions peut être trop souvent invoquées d' « antagonisme hormonal », d'antagonisme hormonovitaminique, de subordination glandulaire.

D'autre part, les modalités de la fixation des hormones par les tissus nobles devront être étudiées avec le plus grand soin, ce sont elles surtout qui rendront compte des effets biologiques des glandes internes.

Certains tissus présentent pour certaines hormones des affinités directes, étroites et sans lesquelles toute leur activité est paralysée : tel semble être le cas du nerf grand sympathique pour l'adrénaline. Le parathormone paraît, de même, jouer un rôle capital dans la nutrition du nerf périphérique.

L'hormone est ici la substance tropho-excitatrice du tissu.

On ne peut définir, pour le moment, d'après leur nature chimique, les substances qu'il fixe ainsi, sauf en ce qui concerne l'insuline. On sait seulement que celles-ci vont, par exemple, des glucoses à l'iode (matériaux aussi différents que possible).

Les hormones sont des substances instables et nous ne connaissons pas leur composition physico-chimique réelle : c'est peut-être par un abus de terme que nous donnons le nom d'hormone à des substances autres que celles qui sont contenues dans la glande sécrétrice au moment même de sa sécrétion.

Les hormones sont des principes instables attirés dans une foule de combinaisons ; il est fort probable que la formule chimique de beaucoup d'entre elles est remaniée en divers lieux de l'économie, où ces substances subissent des fixations ou arrêts.

C'est la raison pour laquelle Laqueur conseille de tenter de résoudre les questions suivantes avant de rendre compte de n'importe quelle activité endocrinienne :

— que devient la substance hormonale formée à un endroit déterminé de l'organisme ?

— sous quelle forme agit-elle ?

— Où est-elle retenue ?

— comment est-elle éliminée ?

Il peut exister dans les hormones comme dans les vitamines à côté de la « substance active » une « substance activante », qui accélère par un processus physique la vitesse de la réaction chimique jusqu'à un ordre de grandeur pratiquement mesurable.

La spécificité chimique de ces activités devient ainsi relative, elle est due à la « substance active », mais la substance activante (à affinité physique directe) lui détermine une spécificité étroite, en faisant croître le zéro à un ordre de grandeur mesurable la vitesse de la réaction.

C'est cette dernière spécificité qui peut se modifier ; cette notion appliquée à l'endocrinologie, rendrait parfaitement compte de la multiplicité apparente des hormones hypophysaires antérieures.

Ce que nous savons des procédés d'isolement des hormones hypophysaires antérieures pourrait faire supposer que diverses substances activantes et thermolabiles, par suite de leur structure tendent à « *adsorber* »

à la fois, à embrasser le substrat et la substance active : ces substances activantes seraient modifiables suivant le p.H.

Les hormones dans le corps humain sont nombreuses et il existe en dehors d'elles de multiples substances chimiquement voisines et biologiquement actives : la chimie nous l'a appris.

Il existe, d'autre part, à côté de l'hormone, une foule de substances isolées au laboratoire et douées de la même propriété : ce sont les homologues actifs artificiels des hormones vraies.

Il semble que les hormones permettant la fixation par la matière vivante de molécules ou de radicaux chimiques pour lesquels celle-ci n'a pas d'attirance naturelle, *mais au contraire des vitamines, l'énergie employée pour ces réactions nécessite davantage l'intervention d'organes ou de tissus plus étroitement spécialisés du milieu intérieur.*

Dès le point où elles viennent d'être émises, certaines hormones peuvent ainsi être déjà fixées ; je prétends que cet arrêt correspond toujours à des remaniements chimiques de l'hormone et qu'il influe sur l'utilisation secondaire du corps.

Il faudra envisager de près ces possibilités d'altération de l'hormone lors de ces fixations tissulaires successives.

Contrairement à l'opinion courante, chaque hormone régit des phénomènes biologiques extrêmement nombreux.

En fait, les activités endocriniennes les plus éloignées de l'activité principale ne peuvent s'expliquer que par deux mécanismes : 1° Tantôt par des altérations que l'hormone subirait dans les organes successifs où elle a été arrêtée et fixée temporairement; 2° Tantôt par le déclanchement d'une série de phénomènes successifs, engendrés les uns par les autres : la sécrétion endocrine déclenche dans ce dernier cas un mécanisme complexe tout réglé d'avance, « comme la pièce de monnaie introduite dans un appareil distributeur de chocolat ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1944.

A propos du procès-verbal. Considérations sur le mécanisme de la réaction au benjoin colloïdal. — MM. GUILLAIN et G. LAROCHE. — Tout en s'accordant avec M. Dognon et Mlle Simonnot sur les phénomènes qui font l'objet de leur communication du 23 mai 1944, les auteurs qui avaient eux-mêmes décrit auparavant ces phénomènes avaient montré leur relation avec la quantité des globulines ionisées. La réaction au benjoin colloïdal, ni celle de Dognon et Simonnot qui en dérive, ne sont spécifiques de la syphilis cérébrospinale. La réaction au benjoin se rencontre aussi dans la sclérose en plaques, la cysticercose corticale, les trypanosomiases et les tumeurs cérébrales. Les auteurs mettent donc en doute la valeur spécifique quant à la syphilis de la nouvelle technique qui ne paraît, du reste, pas différencier de façon nette les syphilis fortement ou peu évolutives. De plus, la lecture de la zone méningitique, très importante, n'est pas facilitée.

Rapport sur les maladies épidémiques en France en 1943. — M. TANON (au nom de la Commission d'hygiène). — Dans l'ensemble, l'état sanitaire du territoire est resté bon, malgré les restrictions, le manque de chauffage et même de lumière. Aucune grande épidémie n'est apparue ni ne s'est développée. Si la fièvre typhoïde et la diphtérie ont encore trop augmenté cette année, un peu partout, il n'y a eu que des épidémies localisées et rapidement arrêtées par les vaccinations qu'on voit heureusement mises en œuvre chaque fois. Il est surprenant de voir que des grandes villes, comme Lyon, Marseille, Lille, ont pu malgré des restrictions qui se faisaient durement sentir et auxquelles les campagnes ne pouvaient apporter qu'un secours très faible, sont restées indemnes, au moins du point de vue épidémique, et ces résultats prouvent l'activité des services d'hygiène, agissant de concert avec les Préfectures. La scarlatine, la rougeole n'ont pas déterminé un chiffre d'atteintes supérieur à la normale, ces deux maladies restent endémiques partout. La méningite cérébro-spinale est en régression, comme la mélitococcie, au moins à en juger par les seuls rapports parvenus à l'Académie. En revanche, la fièvre typhoïde a subi des poussées épidémiques dans la plupart des départements, surtout en raison des bombardements qui, en coupant les conduites d'eau, obligeaient à recourir à des puits; en raison aussi de l'alimentation par les crudités. Le manque de savon a facilité les contagions interhumaines. Ces poussées ont été chaque fois arrêtées par la vaccination rendue obligatoire par arrêté des Préfets. Comme d'habitude, les femmes et les enfants ont fourni les 2/3 des cas.

La diphtérie a aussi notablement augmenté. Les médecins inspecteurs font remarquer que la difficulté des transports ne leur a pas permis d'avoir de l'anatoxine ni du serum en assez grande quantité. Certains départements ont eu 100 à 150 cas de plus que l'année dernière. Les bombardements ou leur menace ont aussi empêché de tenir des séances de vaccination. Il faut penser qu'en 1945, on assistera à une baisse.

La poliomyélite est aussi en recrudescence. Les adultes ont fourni un contingent plus fort que d'habitude. Il n'y a pas eu d'épidémie importante. Toutes les poussées locales ont été immédiatement combattues par les précautions d'usage, isolement, interdiction des réunions, stérilisation de l'eau, etc... Dans les circonstances présentes, on ne peut que se féliciter de voir que l'état sanitaire n'a pas plus fléchi comme on était en droit de le craindre.

Rapport sur l'opportunité d'une distribution de saccharine. Adoption d'un vœu. — M. LAPICQUE. — La saccharine est sans valeur alimentaire mais la saveur sucrée est utile à la digestion, en présence surtout de l'insipidité du présent régime alimentaire : pénurie de sucre et de sel, imperfection et parfois nocivité des condiments-ersatz. L'association de saccharine au sucre rendrait à certains aliments une saveur utile tout en ménageant le sucre. Les inconvénients de cette pratique semblent nuls.

L'Académie émet le vœu que les pouvoirs publics organisent à bref délai une distribution de cette saccharine actuellement, et pour des motifs obscurs, introuvable.

Les intoxications alimentaires au cours des années d'occupation (1940-1944). — M. FABRE. — Dans ce rapport, l'auteur relate les intoxications alimentaires de ces dernières années et dont les causes sont diverses : carences alimentaires (substances diétotoxiques), aliments naturellement toxiques (rhubarbe, légumineuses diverses), aliments souillés de produits toxiques (tricrésylphosphates, chlorates ou nitrites alcalins, arséniates), produits conservateurs, colorants ou édulcorants; infections bactériennes (botulisme, salmonellose), et insiste sur le rôle de l'Académie dans ce domaine de l'hygiène collective.

Utilité du foyer d'accueil avec centre d'observation et de triage pour les filles-mères et les pupilles de l'Etat. Essai de réalisation dans le département de l'Isère. — M. BETHOUX. (Présentation par M. J. RENAULT).

Signes électriques de l'anémie corticale provoquée chez l'homme. — MM. BOUNES, BOGNARD, FISCHGOLD et PLANQUES. (Présentation par M. BAUDOUIN). — L'enregistrement électroencéphalographique chez 12 sujets après compression d'une ou deux carotides n'a rien montré (cliniquement ou électriquement) même après 70 secondes, chez les sujets jeunes. Après 40 ans, une occlusion suffisamment prolongée des deux carotides produit un rythme lent, de 2 à 4 h. plus ample que l' « α » normal. Ce rythme « δ » peut s'accompagner de perte de connaissance ou d'absence avec quelques mouvements convulsifs mais sans analogie avec le complexe de l'absence épileptique.

Une seule fois l'occlusion unilatérale a produit la même réaction sur un ou sur les deux hémisphères.

Deux années de vaccination antidiphtérique-antitétanique obligatoires dans le département de la Seine. — M. BESSON. (Présentation par M. TANON). — Plus de 400.000 injections d'anatoxine Ramon ont été faites sans accident. Cet effort doit s'intensifier encore sur tout le territoire si l'on veut que la vaccination anatoxique donne tout ce qu'on est en droit d'en attendre.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1944.

Eloge de M. Antonin Gosset. — M. MATHIEU.

Rapport sur les travaux concernant le Service de la Vaccine. — M. BÉNARD.

Pour la réglementation future du taux d'extraction des farines. — M. L. LAPICQUE. — Le pain trop blanc d'avant-guerre, bluté à 70 %, est un pain d'amidon où l'absence de son, mal compensée par la cellulose des légumes est l'une des causes de la constipation alors si fréquente. Le pain bluté à 98 %, pain noir auquel nous condamnèrent les Allemands, est plus nuisible encore par la déperdition d'éléments nutritifs qu'elle entraîne.

Les épreuves récentes peuvent être un enseignement. Le pain bis actuellement consommé (blutage à 85 %) est déjà un grand progrès mais n'est pas sans défauts. Le blutage à 80 % serait à tous égards préférable et mérite de devenir la règle.

L'Académie adopte le vœu suivant : Elle signale l'intérêt hygiénique qu'il y aurait à fixer durablement pour le temps de paix un taux d'extraction choisi de manière à assurer un pain satisfaisant à la fois le goût du public et les besoins physiologiques. Le taux de 80 % est susceptible de réaliser l'accord de ces deux points de vue si son emploi succède sans intermédiaire au régime actuel. L'Académie émet le vœu que soit prévu dès maintenant une réglementation en ce sens.

A propos d'un vœu sur l'alimentation. — M. DELBET. — Si la production de bon pain est fonction du blutage, il n'importe pas moins d'opérer sur des blés présentant les qualités nécessaires. Leur production nécessite l'emploi d'engrais dont la nature et la composition chimique sont bien connus et d'importance primordiale.

L'Académie émet le vœu que : 1° la loi sur les engrais soit revisée; 2° l'attention soit attirée sur les dangers qu'entraîne pour la santé l'excès des engrais potassiques; 3° la culture des variétés de blé qui donnent une farine non ou difficilement panifiable soit proscrite et d'une manière générale que les semences soient surveillées.

Les îlots insalubres d'habitation parisiens et la tuberculose. — MM. BEZANÇON, BOULENGER et MACLOUF. — L'enquête menée sur la fréquence de la tuberculose dans les îlots insalubres marqués pour la démolition, dès longtemps connu, a montré que cette fréquence s'exagère encore dans les hôtels meublés où s'entasse une population à standing de vie insuffisant; il y a là une cause plus importante que l'entassement ou l'absence d'air et de lumière.

La démolition de ces îlots crée un nouveau problème : le relogement des expulsés. C'est aux diverses organisations sociales qu'incombe de coopérer à sa solution, en même temps qu'à celle des autres problèmes thérapeutiques et prophylactiques.

Dix années d'application de l'anatoxine staphylococcique en médecine humaine et vétérinaire. — MM. Ramon, Richou, Mercier et Holstein disposent de plus de 3.000 cas personnels d'emploi de l'anatoxine en médecine humaine; depuis quelques années son usage s'étend aussi à la médecine vétérinaire. Dans les formes graves, elle peut être associée au sérum, aux sulfamides, à la pénicilline; elle demeure cependant une médication de premier plan et d'intérêt croissant du point de vue curatif aussi bien que prophylactique.

Diminution du nombre des cirrhoses alcooliques en ces dernières années. — MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Loeper et C. Laroche. — Leur diminution a été en ces dernières années considérable et progressive (22 en 1938, 3 en 1944, soit 87 %). Elle est parallèle à la diminution de la consommation des boissons alcooliques. Une réglementation rigoureuse dans la consommation des boissons alcoolisées paraît donc d'une importance vitale.

Sur l'hygiène des établissements de natation. — M. Dienert. — Des mesures ont déjà été prises pour les piscines dont l'eau est surveillée. Pour les autres établissements ces mesures ne peuvent être prises que moyennant une surveillance à la fois effective et aisée de l'eau du bain. L'auteur montre l'intérêt à ce point de vue d'un triple criterium de pureté : prédominance notable du plancton végétal sur le plancton animal; taux de colibacilles inférieur à 1.000 par cmc.; absence de bactériophage dans la couche superficielle (1 cm.) de la nappe d'eau.

Elections. — MM. Ledoux (de Besançon) et Rimbaud (de Montpellier) sont élus membres correspondants dans la Division de Médecine et Spécialités médicales.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1944.

Le rétablissement de la continuité du tube digestif dans les œsophagestomies pour cancer. Œsophagoplastie abdomino-mediastino-cervicale par tube gastrique taillé au dépens de la grande courbure. — M. Orsoni. — Rapport de M. Toupet qui discute la légitimité et les indications de cette technique.

M. Bazy montre les inconvénients de ces opérations en deux temps où le premier temps risque de s'avérer inutile si l'on ne peut extirper le cancer secondairement.

Un procédé d'infiltration du ganglion hypogastrique chez l'homme. Ses indications pratiques. — MM. Patoir et Vatel. — Rapport de M. Sicard.

M. Couvelaire n'a jamais eu de résultats décisifs par ce procédé.

Embolie sarcomateuse de la bifurcation aortique (premier cas français). Embolectomie. Mort. — MM. Freret, Desmonts, Gorin, Orfali et Berthon. — Rapport de M. Funck-Brentano.

M. Leriche préconise la voie sous-péritonéale gauche pour aborder la bifurcation aortique.

Une observation d'osteome paranéphrétique. — MM. Ducuing et Grimaud.

Deux cas de volvulus gastrique post-opératoire. — MM. H. Redon et Denoix, en se basant sur des constatations radiologiques et opératoires, rangent ces deux observations dans les cas de volvulus dus à un trouble neuro-musculaire de l'estomac.

Résultats éloignés des greffes nerveuses. — MM. Petit-Dutaillis et Guenin ont réuni 53 observations de blessés opérés à la Salpêtrière : sur 7 sutures directes, 4 résultats satisfaisants.

39 blessés traités par hétéro-greffe ont pu être retrouvés, 7 récupérations complètes, 7 récupérations partielles utiles et 16 échecs complets. Les facteurs à retenir sont l'ancienneté de la blessure (après deux ans échec complet), le siège de la blessure; le N médian a donné les meilleurs résultats.

La récupération est parfois extrêmement lente et peut demander des années.

Les auteurs concluent à la supériorité de la suture bout à bout, mais l'hétéro-greffe reste un moyen précieux pour réparer un nerf.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1944.

Tuberculose aiguë cavitaire du poumon chez un nourrisson de 6 semaines. — MM. Clément, Combes-Hamelle et Pestel. — Dans ce cas la tuberculose a débuté par une toux quinteuse émétisante et évolué comme une pneumonie caséeuse. Diagnostic fait par la radiographie et la constatation du B.K. dans l'expectoration retirée par tubage gastrique : fait exceptionnel.

Un cas de broncholithe d'origine ganglionnaire. — MM. Villaret, Justin-Besançon, Aubin et Paley. — Cette observation démontre : 1° l'origine ganglionnaire possible des broncholithes; 2° Elle a donné lieu à des phénomènes de retention muqueuse en amont pouvant expliquer la symptomatologie; 3° La constatation d'une dilatation des bronches localisée au territoire intéressé autorise à penser que celle-ci est due à une compression de l'artère bronchique correspondant aux adénopathies.

Un cas d'intoxication par le chloralose. — MM. de Gennes, Mahondeau et Bricaire. — Cas d'intoxication compliquée de collapsus cardio-vasculaire et d'œdème aigu du poumon, lequel fut jugulé par l'injection intra-veineuse d'une solution de novocaïne à 1 %. Cette complication est exceptionnelle au cours de cette intoxication.

Deux cas de perforation bronchique au contact d'un ganglion caséeux, hémoptysie foudroyante. — MM. Ameuille et Fauvet. — Dans les deux cas, sujets jeunes chez lesquels on peut fixer, à peu près, la date de la primo-infection. Dans les deux cas, l'adénopathie médiastinale a survécu à la primo-infection, beaucoup plus qu'il n'est d'usage. On peut se demander si elle n'a pas continué à évoluer longtemps par extension progressive.

Pseudo-mal de Pott mélitococcique. — MM. de Sèze, Simoni et Surruque. — On retrouve dans cette observation les traits habituels de l'affection connue sous le nom de spondylite mélitococcique, à savoir : douleurs vertébrales, contracture rachidienne, douleurs locales à la pression sur les apophyses épineuses qui ont valu le nom de mal de Pott mélitococcique. Il s'agit de méningo-radiculite mélitococcique plus que de spondylite.

Maladie d'Osler à forme rénale. — MM. Laporte, Reilly et Lafourcade.

Séance du 10 novembre 1944.

Sur la biopsie bronchoscopique dans le cancer bronchique. — MM. Ameuille, Lemoine et Bruninx. — Dix observations de sujets suspectés de cancer broncho-pulmonaire et vérifiées par la biopsie endoscopique. Les auteurs insistent sur les difficultés de l'exploration bronchoscopique qui doit toujours être complétée par une exploration télescopique et sur les difficultés de la prise biopsique en bonne place

Note clinique à propos du traitement de la maladie de Basedow par l'aminothiazol. — MM. Coumel, Colas-Pelleret. — L'aminothiazol utilisé à la dose totale de 11 gr. 50 en un mois a entraîné une amélioration remarquable dans un cas de maladie de Basedow : disparition de la tachycardie, du tremblement, de l'éclat du regard, reprise du poids, retour à la normale du métabolisme de base.

Phlegmon périnéphrétique traité et guéri par la pénicilline. — MM. Lamy et Aussanaire. — Apparition chez un homme de 55 ans, après plusieurs accès de furonculose d'un phlegmon périnéphrétique. L'intervention chirurgicale fut décidée et ajournée. On mit en œuvre le traitement par la pénicilline qui amena la guérison, ce qui confirme la valeur de la pénicilline dans certaines infections staphylococciques.

Méningite subaiguë à entérocoques guérie par la pénicilline. — M. Feld. — Chez un malade atteint, à la suite d'un traumatisme cranien, d'un trait de fracture pariéto-occipital, apparurent des signes de méningite avec liquide trouble riche en polynucléaires altérés et présence d'entérocoques; guérison totale par pénicilline par voie intra-rachidienne.

TABLE DES MATIÈRES

1944

A

B

C

D

E

F

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

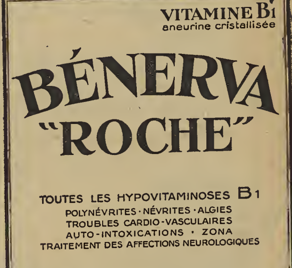
TABLE DES AUTEURS

1944

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.


PERANDRONE
PROPIONATE DE TESTOSTÉRONE
CIBA
HORMONE ORCHITIQUE
SYNTHÉTIQUE
CHIMIQUEMENT PURE
Déficiences glandulaires
Troubles du métabolisme
AMPOULES DE 1 C.C.
à 5 mgrs
à 10 mgrs
à 25 mgrs
LABORATOIRES CIBA . Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu _ LYON


Vitamine B1 cristallisée
bévitine
Solution injectable : ampoules de 1cc à 0g002 et à 0g01 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0g005 (TUBES DE 20)
POLYNÉVRITES
BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES
NÉVRALGIES & NÉVRITES
Injections sous-cutanées intramusculaires ou intraveineuses
TROUBLES DU MÉTABOLISME DES HYDRATES DE CARBONE
PARÉSIES INTESTINALES
Traitement par voie buccale
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8e)


VITAMINE B1
aneurine cristallisée
BÉNERVA
"ROCHE"
TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES





Dépôt légal. — 1944. — 4e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe)

